



**Universidade de Lisboa**  
**Faculdade de Motricidade Humana**



**Intervenção Psicomotora na Dificuldade Intelectual e  
Desenvolvimental – Centro de Atividades  
Ocupacionais da Santa Casa da Misericórdia da  
Madalena do Pico**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de  
Mestre em Reabilitação Psicomotora

**Orientador:** Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

**Júri:**

**Presidente:**

Professora Doutora Ana Maria Peixoto Naia

**Vogais:**

Professora Doutora Ana Sofia Pedrosa Gomes dos Santos

Mestre Joana Figueiredo Gonçalves

**Simone Amorim da Silva**

Maio de 2018

“Qualquer ajuda desnecessária é um obstáculo para a aprendizagem.”

Maria Montessori

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a todas as pessoas que possibilitaram a elaboração desde relatório e que, ao longo de todo o meu percurso acadêmico, me ajudaram a cumprir os objetivos e enfrentar os diversos obstáculos.

Em primeiro lugar, um especial obrigado à minha orientadora, Professora Doutora Sofia Santos, pela disponibilidade e apoio incansáveis, pelo incentivo constante e fundamental, pela exigência e partilha de conhecimentos. Pelos momentos de discussão, e pela forma extraordinária como me faz refletir sobre os assuntos em vez da “resposta direta”. Obrigada por nunca me deixar baixar os braços e por acreditar que era possível, mesmo quando eu não o via. Obrigada pelos valores profissionais e humanos que me transmite, por ser um exemplo a seguir e uma inspiração.

Obrigada à minha orientadora local, Dra. Carla Tomás, Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação, por todo o apoio, partilha de conhecimentos e confiança. Obrigada também à Psicomotricista Cláudia por toda a aprendizagem e partilha, e a todos os técnicos e auxiliares da instituição que me receberam da melhor forma possível e me fizeram sentir integrada desde o primeiro dia. Aos clientes, peça fundamental, grata por me receberem de braços abertos, pela espontaneidade de cada gesto, pelos desafios constantes e por me fazerem crescer todos os dias quer pessoal, quer profissionalmente.

Obrigada à minha família, por serem sempre a “base” de tudo e os meus pilares, por acreditarem em mim e me permitirem fazer e ser o que gosto. Obrigada a vocês por ser quem sou! Obrigada aos meus amigos, os que já vêm desde sempre, e os que vão ficar para sempre, a família que escolhi, e que estão deste lado independentemente da situação.

Obrigada.

**Resumo:** O relatório foi realizado com base no Estágio que decorreu no âmbito do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa, no Centro de Atividades Ocupacionais da Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico, sendo a população-alvo os indivíduos com idades iguais ou superiores a 16 anos, com diagnóstico de Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID). A Intervenção Psicomotora, prestada como apoio, e caracterizada teoricamente na primeira parte do relatório, pretende promover as competências do indivíduo e melhorar a sua qualidade de vida. Assim, é possível verificar que a primeira parte do documento tem um cariz mais teórico, onde são caracterizadas também a instituição, a DID, a Epilepsia e a Paralisia Cerebral (diagnósticos do estudo-caso). Na segunda parte, prática, é descrita a intervenção realizada e caracteriza-se o indivíduo do estudo-caso, e os procedimentos de avaliação (e respetivo instrumento utilizado), planeamento e intervenção. São referidas também as atividades extra-estágio realizadas, assim como o projeto de investigação concretizado, que culminou num artigo sobre as atitudes de três ilhas açorianas face à DID. Por fim, é feita uma conclusão/reflexão sobre todo o processo de estágio.

**Palavras-Chave:** Intervenção Psicomotora; Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento (DID); Contexto; Avaliação; Planeamento; Apoio; Autonomia; Funcionalidade; Qualidade de Vida; Atitudes.

**Abstract:** The report developed was based on the internship of the Master's Degree in Psychomotor Therapy of the Faculty of Human Kinetics, University of Lisbon, at the Center of Occupational Activities of the Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico, and the target population were individuals with 16 or more years, with the Intellectual and Developmental Disability (IDD) Diagnose. The Psychomotor Intervention, as a support, and described at the first part of the report, aims to promote the individual's skills and improve their quality of life. Thus, it's possible to verify that the first part of the document has a more theoretical character, where the institution, IDD, Epilepsy, Cerebral Palsy (case-study diagnoses) are also described. On the second part (practical) it is described: the intervention that was made, the case-study, the assessment procedures (and instrument used), planning and intervention. A description of other activities realized during the internship will also be done, as well as the investigation project, that resulted in an article about the attitudes of three Azorean islands towards the IDD. Finally, it will be done a conclusion/reflection about all the entire internship process.

**Key-words:** Psychomotor Intervention; Intellectual and Developmental Disability (IDD); Context; Assessment; Planning; Psychomotor Intervention; Support; Autonomy; Independent Functioning; Quality of Life; Attitudes.



# Índice Geral

<b>Agradecimentos</b> .....	<b>i</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>ii</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>ii</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>1 Caracterização da Instituição</b> .....	<b>5</b>
1.1 Ilha do Pico .....	5
1.2 Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico .....	6
1.2.1 Missão, Visão e Valores .....	7
1.2.2 Valências .....	7
1.3 Qualidade de Vida.....	13
<b>2 Caracterização da População-Alvo</b> .....	<b>17</b>
2.1 A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento na mudança de paradigma .....	17
2.2 Etiologia e Prevalência .....	20
2.3 Classificação .....	22
2.4 Características da DID .....	23
2.5 Comorbilidades .....	35
2.6 Paralisia Cerebral.....	36
2.6.1 Definição.....	36
2.6.2 Diagnóstico .....	37
2.6.3 Etiologia .....	38
2.6.4 Prevalência .....	38
2.6.5 Classificação Fisiológica e Topográfica .....	39
2.6.6 Características.....	41
2.7 Epilepsia .....	43
2.7.1 Definição e características .....	43
2.7.2 Prevalência, Etiologia e Classificação.....	44

2.7.3	Comorbilidades e Tratamento .....	46
<b>3</b>	<b>Intervenção Psicomotora e Contextos .....</b>	<b>47</b>
3.1	Psicomotricidade Instrumental vs. Relacional.....	50
3.2	Intervenção Psicomotora na População com DID .....	51
<b>4</b>	<b>Prática.....</b>	<b>59</b>
4.1	Horário e Previsão das Sessões .....	59
4.2	Número de sessões previstas vs. concretizadas .....	60
4.3	Tipos de intervenção da estagiária.....	60
4.4	Contextos e Grupos de Intervenção .....	61
<b>5</b>	<b>Estudo-caso.....</b>	<b>67</b>
5.1	Amostra.....	67
5.2	Instrumento de Avaliação .....	68
5.3	Procedimentos .....	69
5.4	Perfil Intraindividual e Programa Psicomotor .....	70
5.4.1	Plano de Intervenção .....	71
5.4.2	Apresentação e Discussão de Resultados .....	75
5.4.3	Primeira Parte.....	76
5.4.4	Segunda Parte.....	80
5.4.5	Reflexão sobre o Estudo-Caso e dos Grupos com quem se interveio .....	81
5.5	Atividades Complementares de Formação .....	84
5.5.1	Semana de Comemoração do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência: .....	84
5.5.2	II Simpósio de Desenvolvimento Infantojuvenil.....	84
5.5.3	I Jornadas Científicas de Psicomotricidade da Faculdade de Motricidade Humana .....	85
5.5.4	Trilhos na Natureza .....	85
5.5.5	Open de Orientação no Jardim dos Maroiços.....	85
5.5.6	Torneio de Futsal entre o CAO da Horta e o CAO da SCMMP .....	85
5.5.7	Celebração do Dia Internacional da Atividade Física .....	86
<b>6</b>	<b>Projeto de Investigação .....</b>	<b>86</b>

<b>Conclusão .....</b>	<b>92</b>
<b>Referências .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo A.....</b>	<b>2</b>

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 - Critérios para Admissão no CAO (SCMMP, 2016e).....	11
Tabela 2 - Horário da Estagiária ao longo do ano letivo 2016-2017.....	59
Tabela 3 - Sessões previstas vs. concretizadas (AMA e Intervenção Individual) .....	60
Tabela 4 - Tipos de intervenção da estagiária .....	60
Tabela 5 - Quadro-resumo dos grupos com que se interveio .....	61
Tabela 6 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção Psicomotora em grupo (AMA) .....	65
Tabela 6 (cont.) - Sessão-tipo do Programa de Intervenção Psicomotora em grupo (AMA).....	66
Tabela 8 - Semana-tipo da cliente do Estudo-caso.....	67
Tabela 9 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção Psicomotora (Individual).....	73
Tabela 10 (cont.) - Sessão-tipo do Programa de Intervenção Psicomotora (Individual).....	74

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Ilha do Pico (Concelho das Lajes do Pico) .....	5
Figura 2 – CAO da SCMMP (Google Earth Image) .....	10
Figura 3 - Organograma do CAO (SCMMP, 2016g) .....	11



## Introdução

No âmbito do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, foi desenvolvido um relatório, sobre a orientação da Professora Doutora Sofia Santos, a nível académico, e da Técnica Superior de Educação Especial e Reabilitação Carla Tomás, orientadora institucional, no Centro de Atividades Ocupacionais da Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico (SCMMP), ao longo do ano letivo 2016/2017.

O presente relatório encontra-se organizado em seis capítulos principais: *Caracterização da Instituição*, onde a mesma será descrita, tendo em conta a sua história, objetivos, valências, missão, visão e valores, população-alvo e respostas sociais que oferece; *Caracterização da População-alvo*, onde será apresentada e caracterizada a Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), englobando as etiologias e prevalências, sistemas de classificação e as principais características (conceituais, sociais e práticas) reportadas na literatura, seguindo a mesma lógica para a descrição da Paralisia Cerebral e Epilepsia, visto serem os diagnósticos do Estudo de Caso; em seguida, e dado ser um estágio no âmbito da Reabilitação Psicomotora, haverá um capítulo dedicado à *Intervenção Psicomotora (IPM) e Contextos*, com uma contextualização teórica da psicomotricidade e, depois, mais especificamente, a IPM na população com DID e a que se concretizou na própria instituição. Este capítulo, de cariz mais teórico, teve como principais objetivos o domínio conceitual e científico dos principais conceitos, bem como a sua compreensão, para uma prática mais efetiva e ajustada possível, permitindo que a estagiária fundamentasse, de forma mais robusta, as opções e decisões tomadas ao longo do ano.

O capítulo da *Prática* abrange todos os aspetos relativos à intervenção, desde o horário estabelecido, os tipos e contextos de intervenção da estagiária, o planeamento do ano letivo, com a previsão das sessões e a concretização das mesmas. Seguir-se-á então o capítulo relativo ao *Estudo de Caso*, onde será caracterizada a participante, assim como o instrumento de avaliação e todos os procedimentos inerentes à aplicação e utilização do mesmo – este estudo de caso será o exemplo pormenorizado de toda a “atividade profissional” da estagiária, para uma melhor compreensão do trabalho realizado; serão também descritos todos os resultados obtidos (avaliação inicial e final) e o plano de intervenção elaborado pela estagiária, tendo em conta a avaliação realizada. De seguida será possível encontrar, brevemente descritas, as atividades complementares de estágio nas quais a estagiária teve a oportunidade de participar no decorrer do ano letivo.

O último capítulo será relativo ao *Projeto de Investigação*, como resposta ao desafio colocado no início do ano letivo pela orientadora académica. Neste sentido, e numa tentativa de inovar e marcar a diferença na instituição e na comunidade, decidiu-se analisar as atitudes da população da ilha do Pico face às pessoas com DID, num estudo comparativo que envolveu participantes de outras duas ilhas, São Jorge e São Miguel. Para este efeito, o questionário ATTID - *Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire* – (Morin, Crocker, Beaulieu-Bergeron e Caron, 2013a) foi aplicado a uma amostra de 32 residentes da Ilha do Pico, 44 da ilha de São Jorge e 10 da Ilha de São Miguel, objetivando a identificação do conhecimento que os mesmos tinham da DID e das competências que acham que as pessoas com DID tem, numa tentativa de identificar eventuais barreiras à real participação social dos clientes, da instituição na comunidade local, com vista ao planeamento e implementação de formação na área, para a mudança positiva de perspetivas face à pessoa com DID.

Por fim, a *Conclusão* consistirá no listar dos principais acontecimentos, desafios ultrapassados e vitórias conquistadas, numa reflexão pessoal sobre todo o trabalho desenvolvido ao longo do ano letivo, a nível pessoal e profissional.

Todo este conjunto de competências e reflexões apresentam correspondência com os objetivos expressos nas Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora (NRMRP, 2016), onde se procura o domínio da atividade profissional psicomotora numa vertente científica e prática. Isto permite ao estagiário ter oportunidades para o planeamento, implementação e monitorização de programas psicomotores, baseados em avaliações validadas, centrados nos clientes com que se interveio, e em diferentes contextos, para o estabelecimento do perfil intraindividual, ao mesmo tempo que fomenta a iniciativa e a inovação na aplicação de novas metodologias e formas de mudar as atitudes face à população, neste caso específico, com DID. Por outro lado, o Estágio permitiu o trabalho em equipa multidisciplinar onde todos os técnicos concorriam para os mesmos objetivos, visando a maior funcionalidade e uma melhor qualidade de vida dos clientes, ao mesmo tempo que proporcionou um momento de aprendizagem excelente na necessidade de aproximar a instituição da comunidade, privilegiando a interação entre todos os intervenientes (e.g.: clientes, famílias, técnicos e comunidade) e culminando com a conceção e dinamização de um projeto de investigação com interesse científico e cultural para a região.

---

## **Enquadramento da Prática Profissional**

---



# 1 Caracterização da Instituição

No Estágio, revelou-se necessário caracterizar a instituição onde o mesmo decorreu, a SCMMP, ao mesmo tempo que se aproveita para descrever, de forma muito breve, a ilha do Pico, local geográfico onde se situa a instituição.

## 1.1 Ilha do Pico

Para Brandão (2011, p.110), “O Pico é a mais bela, a mais extraordinária ilha dos Açores, duma beleza que só a ela lhe pertence, duma cor admirável e com um estranho poder de atracção. É mais que uma ilha – é uma estátua erguida até ao céu e moldada pelo fogo – é outro Adamastor como o do cabo das Tormentas (...)” (Figura 1).



Figura 1 - Ilha do Pico (Concelho das Lajes do Pico)

A ilha do Pico é a segunda maior ilha do Arquipélago dos Açores, a seguir a São Miguel, com uma superfície de  $444.8\text{km}^2$  (Serviço Regional de Estatística dos Açores [SREA], 2008), representando 19.2% do território nacional, situando-se no Grupo Central, e sendo a ilha que se encontra mais a sul e um dos pilares das denominadas “ilhas do triângulo” (Pico, Faial e São Jorge). Apenas as sedes de concelho e as freguesias envolventes, que acolhem a maioria das atividades, equipamentos e infraestruturas, estão mais concentradas, constatando-se a maior dispersão dos restantes aglomerados, sendo ainda caracterizado por traços tendencialmente rurais – a ilha está muito associada à atividade primária (Plano de Gestão de Recursos Hídricos [PGRH] da ilha do Pico, 2014): pecuária, agricultura, vinha e pesca. Em 2011, a população residente na ilha do Pico era de 14 148 habitantes (Instituto Nacional de Estatísticas [INE], 2011), com uma densidade populacional ( $32\text{hab}/\text{km}^2$ ) muito abaixo da registada na Região

Autónoma dos Açores ( $106\text{hab}/\text{km}^2$ ) e com uma tendência para o decréscimo demográfico (PGRH, 2014).

Um dos seus maiores destaques é o imponente vulcão da Montanha do Pico, com 2351 metros de altitude, o ponto mais alto de Portugal, e Reserva Natural desde 1982, verificando-se pela ténue atividade vulcânica ainda existente que o vulcão se mantém ativo. Outro Destaque é o Planalto da Achada e o Vulcão do Topo (PGRH, 2014).

É uma ilha que “respira” tradições muito características e que são um símbolo para os habitantes e para os que a visitam: os currais de vinha, com a classificação da Paisagem da Cultura da Vinha como Património Mundial da Humanidade, pela UNESCO em 2004, com um padrão inconfundível de longas paredes lineares que correm para o interior e em paralelo à costa (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO], 2017); a Baleação Açoriana, em botes baleeiros, que consistiu na caça à baleia (cachalote) e na produção dos seus derivados, sendo estes bens comercializados, entre 1949 e 1984, e é atualmente recordada pelo Museu dos Baleeiros nas Lajes do Pico, o mais visitado dos Açores, consistindo assim num ponto estratégico de desenvolvimento do Concelho (Governo dos Açores, 2017); as tradicionais regatas em botes baleeiros, que mantêm a memória da cultura da baleação, tornando-se num cartaz turístico da ilha que cada vez mais suscita interesse aos locais e aos turistas que visitam o Pico (Clube Náutico das Lajes do Pico [CNLP], 2017).

## **1.2 Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico**

É nos concelhos da Madalena e de São Roque do Pico que a Irmandade da Misericórdia da Madalena, reconhecida como uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), atua, sendo a sua ação regida pelo modelo instituído para todas as Misericórdias, com origem em 1499, tendo sido confirmado pelo Papa Alexandre VI onde, através do “compromisso”, estabelecia as 14 Obras de Misericórdia (SCMMP, 2016c).

A 22 de novembro de 1955 foi fundada a SCMMP, tendo como grandes impulsionadores Maria Josefina Correia da Terra Pinheiro e o consorte Conselheiro António Patrício da Terra Pinheiro, ambos cidadãos faialenses, concretizando-se o objetivo inicial: construir um hospital concelhio e toda a sua exploração inerente. Posteriormente, o hospital ficou a cargo da Secretaria Regional da Saúde, tornando praticamente nula a atividade da instituição (SCMMP, 2016c).

A 1 de agosto de 1987, a missão da instituição recomeçou com a criação da valência do Lar de Santa Maria Madalena, objetivando a prestação de cuidados e

serviços aos grupos mais desfavorecidos da ilha (SCMMP, 2016c). É uma instituição que coopera com as diversas entidades (locais, regionais e nacionais), sempre com vista à melhoria da qualidade de vida (QdV) dos habitantes da ilha (SCMMP, 2016c).

### **1.2.1 Missão, Visão e Valores**

A SCMMP tem como **missão** a receção, apoio e garantia dos direitos e necessidades dos indivíduos, prestando serviços, de forma personalizada, a todas as faixas etárias, assentes nos princípios de qualidade, equidade e responsabilidade social (SCMMP, 2016c). A **visão** da SCMMP passa por ser um modelo de referência enquanto instituição, na medida em que toda a sua intervenção é baseada numa melhoria contínua de todas as suas práticas, pretendendo sempre elevar a qualidade dos serviços prestados. Relativamente aos **valores** da SCMMP, verifica-se que são: Solidariedade com o outro, numa relação de ajuda e partilha; Ética, respeitando os princípios da individualidade e privacidade; Responsabilidade Social, para a promoção do bem-estar dos seus clientes; Dignidade Humana, valorizando a personalidade do cliente e os seus ideais; Honestidade, atuando profissionalmente com seriedade e confiança; Dedicação ao outro; Confiança do próprio profissional e dos clientes, potenciando a qualidade dos serviços e apoios; e o trabalho de equipa, onde todos os profissionais trabalham de forma multidisciplinar para atingir a meta em comum (SCMPP, 2016c).

Após o referido, é possível verificar que a intervenção da estagiária, ao longo do ano letivo, teve sempre por base os valores pelos quais o CAO se rege, na medida em que, além de toda a componente humana, profissionalismo e dedicação, existiu sempre um trabalho em equipa, respeitando os clientes e os seus gostos/ideais, visando assim a melhoria das componentes menos fortes e o proporcionar de bem-estar nos mesmos.

### **1.2.2 Valências**

Tal como referido anteriormente, a SCMMP é uma instituição que presta serviços a diferentes tipos de população, possuindo diversas valências, descritas de seguida. Torna-se importante referir que o Centro de Atividades Ocupacionais (CAO) será descrito mais exaustivamente, tendo em conta que foi o local onde decorreu o estágio.

#### **1.2.2.1 Lar Residencial**

O Lar Residencial (LR) da SCMMP é uma valência que pretende responder, de forma adequada, aos indivíduos com deficiência ou limitações que, de cariz temporário ou definitivo, os impeçam de viver no seio familiar, e às suas famílias, originando uma

alternativa para ambos, com o objetivo de potenciar a autonomia, a QdV e a valorização do próprio. O maior objetivo do LR é promover a integração, a autonomia, a QdV e a igualdade de oportunidades (SCMMP, 2016f).

O funcionamento desta valência está de acordo com a Portaria n.º 59/2015 de 2 de março, que define as condições de organização, funcionamento e instalação das instituições residenciais destinadas a pessoas com deficiência (designados por LRI); com o manual dos processos-chave para o LR do Instituto de Segurança Social, e com o Contrato Coletivo de Trabalho para as IPSS (SCMMP, 2016f).

Para integrar o LR, os indivíduos têm de ter idade igual ou superior a 16 anos, e cumprir alguns critérios (SCMMP, 2016f): frequentar estabelecimentos de ensino, formação profissional ou inseridos em programas/projetos, fora da sua área de residência; situação familiar que não possa acolher a pessoa em questão; indivíduos que estejam em isolamento e sem familiares; e situação de apoio familiar, em caso de doença ou necessidade de um período de descanso.

Como objetivos, o LR pretende (SCMMP, 2016f): contribuir para o bem-estar e melhorar a QdV dos residentes; proporcionar serviços permanentes, adequados às necessidades dos clientes; promover estratégias de fortalecimento da autoestima e da capacidade de organizar as tarefas do dia-a-dia; atendimento individual e específico, considerando as necessidades de cada um; promover estratégias ao nível da funcionalidade, autonomia, independência, autocuidado, autoestima, mobilidade/atividade regular, de acordo com o estado de saúde e recomendações médicas para cada cliente; auxiliar na integração em outras estruturas/serviços que se verifiquem mais adequados ao projeto de vida de cada indivíduo; promover oportunidades em diversos níveis (e.g. saúde), possibilitando uma aprendizagem contínua ao longo da vida e o acesso a novas tecnologias que se verifiquem úteis; promover uma melhor conciliação entre a vida familiar e a vida profissional do agregado familiar; promover o envolvimento das diversas competências da família; promover os contactos sociais, potenciando uma melhor integração social.

Os serviços prestados por esta valência envolvem: alojamento, alimentação adequada a cada indivíduo (respeita as prescrições médicas e técnicas), apoio nos cuidados de higiene pessoal, apoio no desempenho das atividades da vida diária, tratamento de roupa, apoio no cumprimento de planos individuais de medicação e no planeamento e acompanhamento regular de consultas médicas e outros cuidados de saúde, outros serviços (cuidados de imagem e transporte) (SCMMP, 2016f).



### **1.2.2.2 Lar de Idosos**

Sendo o pioneiro na ilha do Pico, o Lar de Idosos Santa Maria Madalena foi inaugurado a 1 de agosto de 1987, tendo atualmente capacidade para 73 clientes (SCMMP, 2016d). O seu trabalho tem como grande foco o bem-estar do idoso, independentemente da sua idade, necessidade ou formação profissional, sendo uma valência onde decorrem atividades de apoio social a esta população, com o intuito de responder da melhor forma às necessidades de cada um (SCMMP, 2016d).

Como objetivos principais, o Lar da SCMMP pretende: contribuir para um processo de envelhecimento estável; conceber condições que possibilitem a preservação das relações interfamiliares; e estimular a integração social (SCMMP, 2016d). Assim, o lar deve garantir que os cuidados prestados respondem, de forma adequada, às necessidades de cada um, apresentando também uma dieta saudável e equilibrada, e diversas atividades de animação, de cariz sociocultural, sendo também desenvolvidas outras atividades e serviços (e.g.: relacionadas com os cuidados de saúde, o respeito pelo outro) (SCMMP, 2016d).

### **1.2.2.3 Serviço de Apoio Domiciliário**

Este serviço teve início em junho de 1988, com maior incidência sobre as questões da higiene pessoal e habitacional dos clientes do concelho da Madalena, com o principal objetivo de melhorar a QdV dos clientes e das suas famílias, prevenindo/atrasando a entrada para uma instituição (e.g.: lar). Tal como o nome indica, são prestados cuidados ao domicílio, de forma individual e personalizada, quer ao cliente, quer à sua família, verificando-se que a principal população-alvo são os idosos que, por algum motivo (e.g.: doença, deficiência), não consigam satisfazer as suas necessidades básicas da vida diária. São também prestados serviços de cariz físico e apoio psicossocial, visando um equilíbrio e bem-estar, colaborando também ao nível dos cuidados de saúde (SCMMP, 2016h).

Foi a 1 de abril de 2002 que o Ministério do Trabalho e Solidariedade incluiu esta instituição no Programa de Apoio Integrado a Idosos (P.A.I.I.), visando a melhoria da qualidade dos recursos, implementando medidas para melhorar a mobilidade e acessibilidade aos serviços, contribuindo para o equilíbrio e bem-estar do idoso (SCMMP, 2016h).

Esta valência, atualmente, presta diferentes tipos de serviço: *confeção e distribuição de refeições* (todos os dias da semana); *higiene pessoal* (maioritariamente a

peças acamadas), preservando a dignidade e individualidade da pessoa; *higiene habitacional*, habitualmente prestado a idosos que vivem sozinhos, podendo, também, ser prestado aos que vivem com as famílias; *tratamento de roupa*, para a lavagem e passagem de roupa dos clientes da SCMMP; e por fim, *serviço de enfermagem*, que possibilita o acesso aos cuidados de saúde que podem ser realizados no domicílio (e.g.: injeções, verificação dos sinais vitais) (SCMMP, 2016h).

#### **1.2.2.4 Centro de Atividades Ocupacionais**

O CAO da SCMMP (figura 2) rege-se de acordo com o decreto-lei n.º 18/89 de 11 de janeiro de 1989, tem capacidade para 30 pessoas, e pretende uma integração social e ativa dos indivíduos com DID, através de atividades que visam garantir as condições de equilíbrio (físico e psicológico), tendo também por base a vocação de cada um (SCMMP, 2016e).



**Figura 2** – CAO da SCMMP (Google Earth Image)

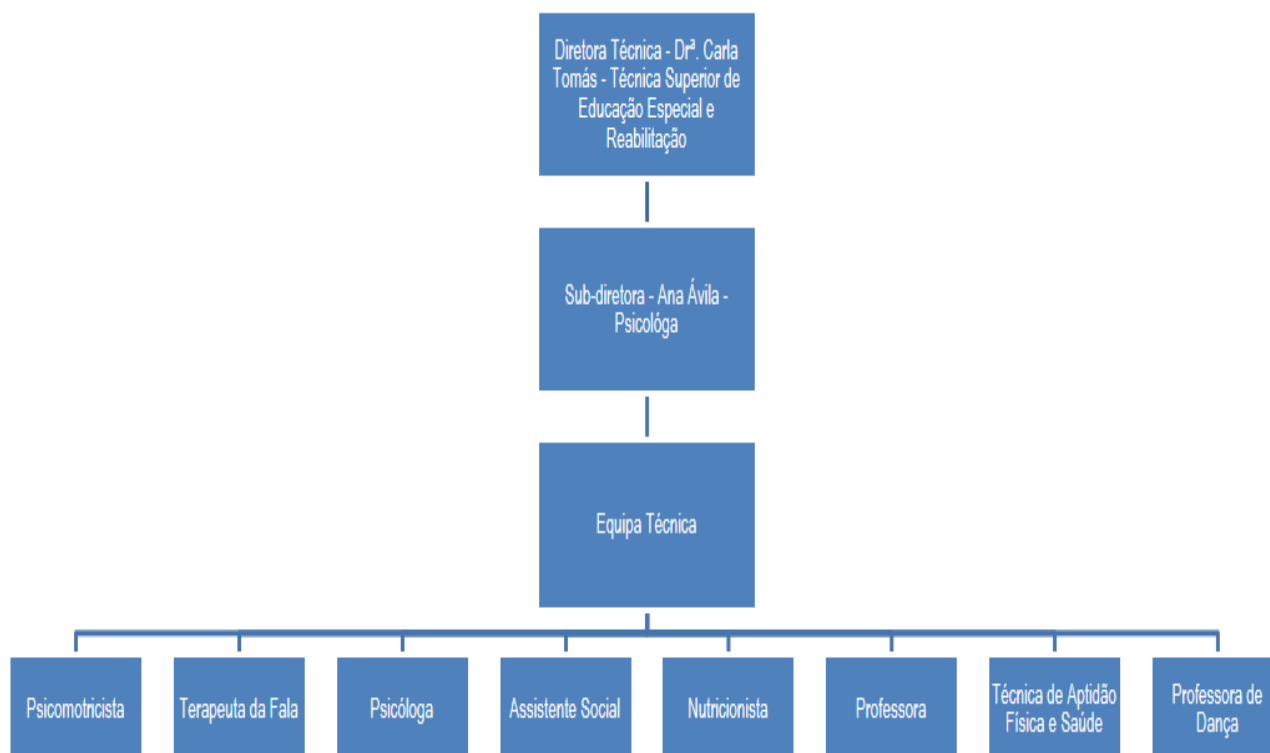
Ao prestar serviços a pessoas com DID, com idades iguais ou superiores aos 16 anos, tem como principal objetivo a promoção da integração, autonomia, a QdV e a igualdade de oportunidades; objetivando também o equilíbrio social e emocional e a aquisição de comportamentos disciplinados e responsáveis, desenvolvendo as atividades socialmente úteis (SCMMP, 2016e).

Relativamente à integração no CAO, verifica-se a existência de um processo de admissão, composto por várias condições a cumprir (tabela 1) (SCMMP, 2016e). O CAO é composto por: Átrio Principal, Sala de Snoezelen, Gabinete da Direção Técnica, Sala-ecológica, Atelier de Beleza, Oficina de Artes e Decoração, Copa (colaboradores), Sala de Alfabetização e Informática, Gabinete Técnico, Sala Sensorio-Ocupacional, Ginásio, Arrecadação, Balneários/Despensa, Sala de Convívio/Refeitório, Cozinha de Treino, Lavandaria, Oficina de Carpintaria e espaços envolventes (SCMMP, 2016e).

**Tabela 1** - Critérios para Admissão no CAO (SCMMP, 2016e)

<b>Condições de Admissão</b>	<p>Ter idade igual ou superior a 16 anos;</p> <p>Ter DID, não permitindo a inserção no emprego protegido ou no mercado regular de trabalho;</p> <p>Impossibilidade temporária ou irrevogável para exercer uma atividade produtiva;</p> <p>Ordem de inscrição.</p>
<b>Critérios de Admissibilidade</b>	<p>Inexistência de um enquadramento ao nível das políticas de emprego em vigor;</p> <p>Impossibilidade (temporária ou definitiva) para a realização de uma atividade produtiva;</p> <p>Ausência de perturbações graves de comportamento/personalidade que possam colocar em risco a integridade física e emocional do próprio e do grupo.</p> <p>Limitações ao nível da estrutura da família;</p> <p>Idade do cliente</p> <p>Atividades ocupacionais e formativas adaptadas às características e motivações do candidato.</p>

Relativamente ao organograma da valência (figura 3), é possível verificar que conta com uma diretora Técnica, uma subdiretora, uma equipa técnica e uma equipa não técnica: ajudantes de reabilitação e auxiliares, que prestam serviços ao nível das atividades ocupacionais, serviços gerais, serviços de saúde e higiene, alimentação e segurança (SCMMP, 2016e).



**Figura 3** - Organograma do CAO (SCMMP, 2016g)

As respostas sociais são diversas, realizadas com o objetivo de auxiliar uma eventual transição relativamente à integração socioprofissional e incluem (SCMMP, 2016e):

- *Atividades Ocupacionais*: disponíveis em ofertas como a Oficina de Carpintaria, com a aprendizagem de um ofício; Oficina de Artes e Decoração, dedicada aos trabalhos manuais (e.g.: pintura, recorte, costura, entre outros) e que se articula com a oficina de carpintaria; Atelier de Beleza, onde as atividades se focam nas competências ao nível da higiene pessoal; a Sala-Ecológica onde, através da reciclagem, se elaboram trabalhos distintos; a Cozinha de Treino, com o ensino e aprendizagem de competências de vida diária no âmbito da atividade doméstica (e.g.: utilização de eletrodomésticos) e da confeção de refeições e produtos para venda e consumo interno do CAO; e o mais recente, a Lavandaria, onde se promovem outras tarefas e trabalhos domésticos. É de realçar que cada cliente pode escolher a atividade que mais gosta, em equipa com os restantes prestadores de cuidados, numa tentativa de ir ao encontro das suas preferências;
- o *Apoio Técnico* que engloba: Reabilitação Psicomotora, Atividade Motora Adaptada (Atletismo, Exploração da Natureza, Futsal), Terapia da Fala, Snoezelen, Psicologia, Alfabetização e Informática, Nutrição, Serviço Social e Dança (SCMMP, 2016e);
- Atividades lúdico-terapêuticas (e.g.: atelier de expressão musical); e
- Treino social onde se concretizam atividades de promoção de saúde/higiene, e de desenvolvimento de competências do dia-a-dia, nomeadamente ao nível da alimentação, transporte, reuniões periódicas com os representantes legais dos clientes, reuniões técnicas semanais e reuniões gerais mensais, promoção de vendas em eventos de dinamização local (e.g.: pontos de venda turísticos), parcerias com entidades locais (promover as atividades ocupacionais), intercâmbios e atividades de verão (SCMMP, 2016e).

Desta forma, verifica-se que a estagiária teve a hipótese de intervir regularmente no âmbito do apoio técnico, ao nível da Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos: Atividade Motora Adaptada (AMA), Intervenção Psicomotora Individual, Espaço de Motricidade e Estimulação Cognitiva e Sala Sensório-Ocupacional. Foi possível também observar o trabalho realizado pela Psicomotricista do CAO, ao nível do Atletismo, Snoezelen e, esporadicamente, o trabalho realizado na Oficina de Artes.

Além disso, são realizadas também atividades fora do centro (e.g.: passeios), sendo estas apresentadas aos tutores ou representantes legais na reunião onde é apresentado o Plano de Atividades do seguinte ano (SCMMP, 2016e). O funcionamento

do CAO decorre durante os dias úteis, das 8h00 às 17h00, encerrando aos feriados nacionais e municipais, assim como tolerâncias de ponto e outras situações (e.g.: catástrofes naturais) (SCMMP, 2016e).

#### **1.2.2.5 Centro de Apoio à Criança e Centro Ocupacional**

Esta valência surgiu em 1994, sendo uma das principais valências da SCMMP e foi criada com o principal propósito de auxiliar os pais que não tinham onde colocar os filhos durante o dia, funcionando no seguimento dos cuidados existentes no ambiente familiar, pretendendo satisfazer e assegurar as necessidades emocionais básicas da criança (SCMMP, 2016b). Nesta valência decorrem três serviços para as crianças: creche (dos 4 meses aos 3 anos), jardim-de-infância (dos 3 anos até ao ingresso no 1.º ciclo) e atividades de tempos livres (a partir dos 6 anos e que já estejam no 1.º ciclo). Os principais objetivos passam por criar um ambiente favorável para o desenvolvimento da criança, nas diversas áreas (cognitiva, social, afetiva e motora), através de diversas experiências (individuais e/ou em grupo), sempre tendo em conta as suas necessidades (SCMMP, 2016b).

#### **1.2.2.6 Outras valências**

A SCMMP apresenta ainda outras valências tais como o *Centro Clínico*, fundado a 6 de fevereiro de 2006, com serviços como a piscina, aulas de natação, hidroterapia adaptada, massagem, fisioterapia, análises clínicas e consultas de várias especialidades (SCMMP, 2016a). A *Universidade Sénior* foi criada em outubro de 2008, consistindo num local socialmente organizado e adaptado às características dos alunos, sendo os principais objetivos (SCMMP, 2016i): oferecer aulas onde os conhecimentos de cada um sejam valorizados e ampliados; divulgar e preservar a história, cultura, tradições e valores da ilha e dos Açores; promover o envelhecimento ativo e combater o possível isolamento dos indivíduos; criar espaços com o intuito de estimular a convivência e a solidariedade humana e social; desenvolver ações de formação para a comunidade; e desenvolver atividades organizadas para e pelos alunos.

### **1.3 Qualidade de Vida**

Dado a missão da instituição estar direcionada para a QdV dos clientes e suas famílias, aproveita-se para fazer aqui uma ponte com a relevância que este conceito tem vindo a desempenhar, do ponto de vista teórico, para em seguida se compreender melhor o funcionamento e organização do local de estágio.

O conceito de QdV tem sofrido alterações ao longo do tempo, assumindo-se como enquadramento concetual que objetiva avaliar os resultados pessoais; constructo social que orienta as práticas programáticas e as estratégias com vista a melhorar a qualidade; e critério que avalia a eficiência dessas práticas e estratégias (Schalock, Bonham e Verdugo, 2008). Para os autores, a QdV tem sido um motivo de mudança social e de alteração nas atitudes face às pessoas com DID, com impacto na reformulação de políticas e práticas, visando aumentar os resultados pessoais da QdV.

É neste sentido que, para a OMS (WHOQOLGroup, 1994, p.28), a QdV é compreendida como a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Tal como se infere, é multidimensional, constituída por diversos domínios comuns a todas as pessoas e não exclusivamente das pessoas com DID (Claes, van Hove, van Loon, Vandeveld e Schalock, 2010), sendo os próprios quem deve decidir sobre quais os domínios que consideram mais relevantes (Schipers, 2010). O conceito de QdV inclui vários domínios (Simões, Santos e Biscaia, 2016) que são o espelho dos valores e experiências de vida, estando sensíveis às perspetivas culturais e das vivências, incluindo os estados desejados de bem-estar pessoal, i.e., bem-estar emocional, material e físico, relações interpessoais, desenvolvimento pessoal, autodeterminação, inclusão social e direitos (Schalock e Verdugo, 2002; Schalock, Gardner e Bradley, 2007).

De acordo com Schalock e Verdugo (2002), o significado e a aplicação da QdV diferem de acordo com o contexto e políticas de reabilitação, concorrendo para o aumento ou melhoria da igualdade para todas as pessoas, apesar das suas características individuais, enquadrada nas preferências do indivíduo, i.e., as experiências individuais.

Existem três principais razões para o aumento do interesse no conceito e avaliação da QdV: 1) uma mudança de foco, em que se passou de uma crença de que os avanços científicos, médicos e tecnológicos, individualmente, resultariam numa vida melhorada, para uma compreensão de que o bem-estar pessoal, familiar, comunitário e da sociedade surgem a partir de combinações complexas desses avanços, juntamente com os valores, perceções e condições ambientais; 2) reflete-se no facto de que o conceito de QdV representa o próximo passo coerente para um movimento de “normalização”, que é baseado na utilização de serviços da comunidade para medir os resultados da vida do indivíduo na comunidade; e 3) o aumento do movimento de

empoderamento do cliente e o destaque no planeamento centrado na pessoa, resultados pessoais e autodeterminação (Verdugo, Schalock, Keith e Stancliffe, 2005).

A SCMMP tem como **missão** a receção, apoio e garantia dos direitos e necessidades dos indivíduos, prestando serviços, de forma personalizada, a todas as faixas etárias, assentes nos princípios de qualidade, equidade e responsabilidade social. Ao longo do estágio, foi possível verificar que o CAO se pauta por um cuidado na forma como presta os seus serviços e apoios, de forma personalizada, com o intuito de proporcionar ao cliente uma melhor QdV. Não só tem em conta os gostos e o que o cliente pretende realizar, assim como a sua vocação, como também lhe faculta ferramentas que o irão auxiliar a alcançar os objetivos pretendidos. A equipa da instituição, e com base nos valores da mesma, está familiarizada com os direitos e princípios éticos (e.g.: não-discriminação, dignidade, participação...), recolhendo o máximo de informações possíveis sobre a pessoa nos diferentes envolvimento onde se insere, procurando a formação para uma intervenção com mais qualidade para partilha efetiva entre todos os prestadores de cuidados dos clientes (Simões e Santos, 2013).

Ao proporcionar uma melhor QdV aos seus clientes, está também a melhorar “indiretamente” a qualidade de vida dos familiares/cuidadores. É uma instituição que não se limita às instalações em que funciona, realizando também diversas atividades na sociedade em que está inserida e, desta forma, é possível verificar que está a tentar contribuir para uma alteração nas atitudes face à população com DID (Branco e Santos, 2017).

No entanto, apesar da utilização do conceito de QdV na DID ser atrativa, é um conceito que ainda necessita ser totalmente integrado nas políticas e práticas atuais, tendo em conta os problemas relacionados com a concetualização, medidas e aplicação (Schalock et al., 2008). No âmbito do estágio, a prática da estagiária centrou-se na “qualidade” (Santos, 2017), nos mais variados âmbitos: qualificação e creditação de competências, contribuindo para a certificação da organização, eficácia da IPM como apoio (Valente, Santos e Morato, 2012) fornecido aos clientes (Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016), visando a (ainda limitada) participação social. Esta perspetiva face à DID, inserida no novo paradigma (e.g.: classificação por necessidade de apoios e não limitações; direitos; empoderamento e vida independente), exigem que a pessoa com DID assuma o papel principal na sua própria vida, expressando os seus desejos e expectativas, tomando as suas próprias decisões e assumindo o controlo pessoal. A QdV está associada às oportunidades e apoios que impactam positivamente a relação com o

meio envolvente e com repercussões ao nível da planificação centrada na pessoa (Claes et al., 2010).

A conceitualização e operacionalização da QdV tem vindo a assumir-se como um enquadramento unificador das práticas no campo dos apoios à população com DID, atuando ainda como linha orientadora da qualidade dos serviços e fator de avaliação da eficácia da intervenção (Simões e Santos, 2013), sendo que a atuação da estagiária se caracterizou por ter em atenção todo este conjunto de valores.



## 2 Caracterização da População-Alvo

No presente capítulo será apresentada a caracterização da população-alvo de intervenção, no âmbito do estágio. Apesar de todos os clientes terem idades iguais ou superiores a 16 anos e com o diagnóstico de DID, é uma população heterogénea, apresentando os clientes diferentes características e comorbilidades associadas. Tendo em conta o diagnóstico do estudo de caso, será igualmente abordada e descrita a Paralisia Cerebral (PC), assim como a Epilepsia, para um maior aprofundamento do conhecimento na área.

### 2.1 A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento na mudança de paradigma

A população com DID tem um carácter heterogéneo, o que leva a que seja caracterizada como complexa (Albuquerque, 2000), com diversas dimensões e terminologias, constituindo assim um conceito universal e difícil de definir. Ao longo dos tempos, as definições de DID foram evoluindo (Morato e Santos, 2007; Morato e Santos, 2012; Santos e Morato, 2012a), bem como as diversas discussões sobre a área e o constructo da, até então, “deficiência mental” (Schalock et al., 2007).

Do ponto de vista histórico, relativamente à definição e à classificação de DID, existiram quatro abordagens (Schalock et al., 2007): a **abordagem social**, que incluía os indivíduos que não demonstravam capacidade de se adaptar socialmente ao envolvimento; a **abordagem clínica** (modelo médico), onde apenas era considerado o organismo, os fatores hereditários e a patologia, levando, por consequência, à discriminação dos indivíduos com diagnóstico de DID; a **abordagem intelectual**, centrada essencialmente no funcionamento intelectual e na realização de testes de inteligência que pudessem classificar e agrupar cada indivíduo, de acordo com o seu quociente de inteligência (QI); e, por fim, a **abordagem duplo-critério**, que inclui não só o funcionamento intelectual, o crescimento e aprendizagem do sujeito, mas também o comportamento adaptativo (CA), relacionado com a interação do sujeito com o seu contexto envolvente, e com a capacidade de desempenhar as atividades diárias (Russell et al., 2014).

A diferença que marca os progressos nesta mudança de atitudes face à DID passa principalmente por não considerar apenas o sujeito, biologicamente e pelas suas características, mas também a sua relação com o contexto e a sua compatibilidade com o envolvimento (Morato e Santos, 2007; Morato e Santos, 2012; Santos e Morato, 2012a).

E, embora a atual definição e os processos de classificação tenham por base a concetualização e a medição da inteligência como uma componente geral (Schalock, 2011), assim como os níveis de CA (Tassé et al., 2012), Santos e Morato (2012a) reforçam a relevância da implementação do conceito da DID, visando a mudança de pensamento e mentalidades que, por sua vez, terá um impacto positivo na intervenção e na alteração das expectativas e interiorização do direito, de todos, a um papel ativo na sociedade (Santos e Franco, 2017).

De acordo com a *American Psychiatric Association* ([APA], 2013), a DID é caracterizada pelas dificuldades nas funções intelectuais e adaptativas, que surgem durante o período de desenvolvimento (até aos 18 anos), i.e., expressando-se a nível conceptual, social e prático (Schalock et al., 2007b; Schalock et al., 2010; Schalock et al., 2012). Destaca-se, assim, a importância que a qualidade da interação entre as exigências individuais e ambientais diárias tem, em vez de nos centrarmos exclusivamente nas dificuldades individuais (Santos, 2014; Wehmeyer et al., 2008). Por outras palavras, o foco dirige-se para a capacidade de adaptação ao contexto, onde o funcionamento independente, autonomia e a responsabilidade pessoal e social se assumem como fatores a otimizar, dada a relação diária com os pares (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a, 2012b). Desta forma, a avaliação do CA, com incidência na qualidade diária da interação entre o indivíduo e o ambiente, irá assumir um papel fulcral na conceção e prática de intervenções concretas e funcionais (Santos, 2014).

Luckasson e colaboradores (2002) referem, ainda, a importância que diversos aspetos contextuais, implícitos à própria definição de DID, têm sobre a mesma: a) as limitações e funções são consideradas dentro do ambiente típico da pessoa; b) as avaliações feitas para realizar um diagnóstico devem ter em conta a diversidade linguística e cultural; c) as limitações necessárias para que ocorra o diagnóstico devem coexistir com áreas fortes reconhecidas; d) criar um perfil de possíveis limitações auxilia na identificação de apoios necessários para a pessoa; e e) a QdV para um indivíduo com DID pode ser melhorada com a implementação dos apoios previstos. Assim, a funcionalidade da pessoa com DID irá, no geral, melhorar, proporcionalmente à quantidade de apoios personalizados e adequados que lhe forem oferecidos (Luckasson et al., 2002; Luckasson e Schalock, 2012; Morato e Santos, 2007; Schalock et al., 2010, 2012).

Esta nova definição de DID veio enfatizar a relação entre as capacidades intelectuais e as adaptativas da pessoa que, ao ser influenciada pelo contexto e os

apoios fornecidos, irá melhorar e potencializar o funcionamento do próprio (Santos e Morato, 2012a). O padrão de apoios necessário começou a ser alvo de atenção, percebendo-se assim que, ao serem fornecidos os apoios específicos e individualizados para a pessoa, o próprio poderá assumir o papel que a sociedade e os seus valores socioculturais esperam, reduzindo também os comportamentos movidos por pena ou descrédibilização (Santos e Morato, 2012a; Thompson et al., 2004, 2009). É neste paradigma que a IPM se assume como um dos apoios oferecidos em contexto institucional a pessoas com DID (Jardim e Santos, 2016; Valente et al., 2012), o que efetivamente acontece na SCMMP.

De uma forma resumida, e dada a sua importância, decorrente da sua formalização como critério de diagnóstico da DID (Luckasson et al., 2002; Schalock et al., 2010) iremos abordar o conceito de CA como o conjunto de capacidades que o indivíduo aprende ou adquire, ajustando-se às pressuposições socioculturais das atividades diárias, de acordo com o seu escalão etário (Bornstein, Giusti, Leach e Venuti, 2005; Borthwick-Duffy, 2007; Grossman, 1983; Santos e Morato, 2012c; Tassé et al., 2012). A nível nacional, o CA tem sido definido como: “conjunto de habilidades aprendidas ou adquiridas para desempenhar com sucesso aspetos e tarefas, no âmbito da independência, responsabilidade pessoal e social que, através de ajustamentos vários, procura a adaptação às expectativas socioculturais e etárias vigentes, e que implicam o assumir do papel de membro ativo na comunidade onde o indivíduo se insere” (Santos e Morato, 2012c, p.28).

Para além do diagnóstico, o CA fornece um quadro para traçar o desenvolvimento de objetivos a nível das habilidades adaptativas (Luckasson e Schalock, 2012; Nihira, 2012; Nihira, Leland e Lambert, 1993; Tassé et al., 2012). A avaliação adaptativa não se baseia, assim, apenas em componentes académicas, evocando, igualmente, o seu transfer para as atividades do dia-a-dia. Tassé e colaboradores (2012) relembram que: envolve a aprendizagem e o desempenho de habilidades necessárias para ir ao encontro das expectativas sociais para uma participação efetiva na comunidade, de acordo com o seu escalão etário e valores culturais, para um funcionamento independente e o assumir da sua responsabilidade pessoal e social, que se vai complexificando com a idade, caracterizado pelos comportamentos típicos diários vs. o desempenho máximo.

A diversidade, inerente ao CA, procura refletir a natureza das exigências contextuais e diárias com as quais os indivíduos são confrontados, percecionando a eficácia em lidar com as mesmas (Santos e Morato, 2012b). A relevância crescente da

modulação social nos comportamentos individuais (Oliveira, 2009), realça a importância da estimulação adaptativa na planificação e na implementação de intervenções concretas e funcionais, razão pela qual o “perfil funcional” tem ganho maior consistência (Santos, 2014).

## **2.2 Etiologia e Prevalência**

No campo da DID, encontrar a sua **etiologia** torna-se um passo importante para a intervenção, aconselhamento genético, criação/implementação de programas preventivos, planeamento/apoio familiar, na medida em que irá tornar as expectativas da família “mais reais” em relação ao trajeto do indivíduo (Karam et al., 2016; Shevell, 2008). O conhecimento das causas da DID pode auxiliar na despistagem precoce das limitações e, conseqüentemente, dos apoios necessários mais ajustados, sendo atualmente defendida a abordagem pluri-etiológica, em que concorrem um conjunto de fatores: biomédicos (onde se incluem as questões genéticas, entre outras), sociais e comportamentais (resultantes de uma dinâmica familiar menos positiva, i.e.: abusos, negligência, entre outros), e educacionais (e.g.: escassez de apoios ajustados para um desenvolvimento fluido) (Harris, 2010; Schalock et al., 2010).

Assim, é possível constatar que a DID tem diversas causas (e.g.: questões genéticas, síndromes e alterações no sistema nervoso central [SNC] - Hockin, Pearson e McNeil, 2013). As etiologias mais comuns, cerca de 75% dos diagnósticos realizados, são: síndrome genética ou anomalias cromossómicas; asfixia perinatal; desenvolvimento atípico do cérebro; severa privação psicossocial na infância (e.g.: ‘extração’ da família biológica); exposição pré-natal a toxinas (e.g.: álcool, drogas – Shevell, 2008). A evolução das tecnologias permitiu a associação das diversas variantes genéticas com a DID, no entanto, a etiologia subjacente permanece um pouco desconhecida, e o diagnóstico e tratamento continuam limitados (Brookes, 2016).

De uma forma geral, e relativamente às diversas perturbações do desenvolvimento, os principais fatores podem ser divididos em: *fatores diretos* (i.e.: género, idade da mãe acima dos 30 anos, gravidez múltipla, baixo peso ao nascimento, circunferência craniana reduzida, prematuridade, deficiências de ferro e iodo, lesões cerebrais, má-nutrição); e *fatores indiretos*, como poucas habilitações académicas dos pais, depressão materna, nível socioeconómico reduzido e estimulação inadequada (Bergen, 2008). O autor alerta ainda para o facto de que uma má-nutrição (proteica e/ou energética), exposição a toxinas ambientais, doenças tropicais (e.g.: parasitose) e falta de estimulação sensorial e/ou a capacidade de tirar benefício dela, poderão originar uma

perturbação neurodesenvolvimental (Bergen, 2008). A diminuição da pobreza e o seu impacto poderá reduzir a futura prevalência da DID e outras perturbações do desenvolvimento, em especial nos países em desenvolvimento (Bergen, 2008).

Numa perspetiva clínica, a DID pode ser dividida em duas grandes categorias: *sindrómica*, caracterizada por componentes clínicas, radiológicas, metabólicas ou biológicas; e *não-sindrómica*, onde a limitação cognitiva é a única manifestação da perturbação (Bessa, Lopes e Maciel, 2012). Fisher, Griffin e Hodapp (2011) categorizam ainda as causas da DID em dois grandes grupos: *indiferenciadas*, ou também denominadas por DID “cultural-familiar” ou “sociocultural-familiar”, em que a causa é desconhecida (no entanto, os investigadores põem como hipótese uma herança genética, causas orgânicas não detetadas, entre outras, ou uma combinação destes fatores); e *orgânicas*, onde está identificada a causa da DID.

Como causas orgânicas, verifica-se que são inúmeras (Harris, 2010; Schalock et al., 2010), dividindo-se em: *pré-natais*, que incluem mais de 1000 perturbações genéticas e condições hereditárias, assim como síndrome alcoólica fetal e os diversos problemas que ocorrem no útero, infeções maternas; *perinatais*, tais como a prematuridade, a anóxia (e outras complicações); e *pós-natais*, que incluem diversas patologias (e.g.: meningite) e acidentes (e.g.: traumatismo craniano) (Armstrong, Curtiss, Popkave e Lilly, 2008; Fisher et al., 2011; Greenspan, Harris e Woods, 2015). Greenspan e colaboradores (2015) acrescentam ainda que as questões envolvimentoais, tais como a malnutrição ou a privação severa, também devem ser tidas em conta, no âmbito das diferentes etiologias.

Embora a DID esteja comumente relacionada com alterações metabólicas, raramente é a única particularidade, na medida em que coexistem outras componentes neurológicas (e.g.: ataxia, convulsões, problemas de comportamento, etc. - Bessa et al., 2012). Para os autores, as alterações nas perturbações metabólicas podem atuar de formas distintas, dependendo da idade em que a dificuldade/toxicidade começa a manifestar-se (pré-natal, no início ou fim da infância, adolescência), e da própria “alteração” por si mesma (e.g.: deficiência energética ou de armazenamento). As perturbações relacionadas com a disponibilidade de energia, como os défices no transporte da glicose, estão associadas com a DID “ligeira” ou “moderada” (Bessa et al., 2012). Já o nível e duração da exposição aos agentes tóxicos pode determinar os diferentes níveis de DID (Bessa et al., 2012).

Desta forma, deve ser oferecido o melhor diagnóstico disponível a uma criança com DID, pretendendo melhorar a saúde e bem-estar da própria e da família, isto porque

um diagnóstico correto é um benefício para a família, facultando informação sobre um prognóstico, possíveis riscos e terapias disponíveis (Bessa et al., 2012).

Relativamente à **prevalência** da DID, esta varia de acordo com a localização e população, apresentando-se como uma das perturbações neurológicas mais prevalentes na população mundial (Bergen, 2008), e que afeta 2-3% da mesma (Brookes, 2016). Nos países mais desenvolvidos, verifica-se que a prevalência da DID severa é de 3 a 5 em cada 1000 indivíduos, e nos países em desenvolvimento esta prevalência é de 5 a 22 em cada 1000 indivíduos (Bergen, 2008).

## 2.3 Classificação

Quanto aos sistemas de classificação da DID, em Portugal, e dada a sua frequência, serão abordados 4 sistemas. A Classificação Internacional das Doenças (CID-10) (*World Health Organization* [WHO] (2015), organiza a DID tendo em conta o quociente de inteligência (QI), e mantendo a classificação anterior: ligeira, moderada, severa, profunda e não especificada, ao mesmo tempo que generaliza algumas capacidades por nível. Na Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF – OMS, 2001), recomendada em âmbito escolar, os qualificadores também continuam a assumir a terminologia de deficiência ao nível das estruturas e funções do corpo, adotando os termos limitações e restrições à participação ao nível das atividades e participação (OMS, 2001).

Na nova e quinta versão do *Diagnosis Statistics Manual* – DSM V (APA, 2013), que assume os mesmos critérios de diagnósticos em concordância com a atual definição (Schalock et al., 2010) e, que apesar de manter a classificação por níveis de apoios, formaliza, pela primeira vez, que a mesma se baseia nas limitações adaptativas (e não exclusivamente nas limitações intelectuais, como foi tradição até ao presente momento).

Finalmente, e na sequência dos novos paradigmas e da nova concetualização de DID, advoga-se a classificação, não pelas limitações da pessoa, mas pelo tipo de apoios necessários à participação social diária: **intermitentes** de natureza episódica e apenas em períodos específicos; **limitados**, de natureza contínua, apresentando maior consistência na intensidade; **extensivos**, com natureza regular; **permanentes**, que apresentam uma maior intensidade e um carácter permanente (Luckasson et al., 2002; Santos e Morato, 2012a; Thompson et al., 2004, 2009). Independentemente do tipo ou intensidade de apoio, os indivíduos com DID são um dos grupos sociais que provavelmente mais necessita de apoio nas atividades do dia-a-dia (Camp, Karmiloff-Smith, Thomas e Farran, 2016).

De acordo com o grupo de clientes com quem se interveio ao longo do estágio, e com base nos objetivos estabelecidos para os seus planos individuais, e para uma melhor compreensão do trabalho realizado, proceder-se-á, em seguida, a uma breve descrição das principais características (cognitivas e académicas, de comunicação e linguagem, sociais e práticas) habitualmente inerentes à DID.

## **2.4 Características da DID**

A população com DID apresenta diversas alterações no CA assim como nas capacidades sociais (Matson, Rivet, Fodstad, Dempsey e Boisjoli, 2009), sendo que o sucesso que um indivíduo tem em determinada ação/habilidade (e.g.: manter um emprego ou relações sociais) pode estar relacionado com diversas componentes: com o nível de apoio que recebe, com o CA que adquiriu, entre outras (Newton, Olson, Horner e Ard, 1996). Tal como referido anteriormente e, apesar da heterogeneidade comportamental e fenotípica inerente à DID (WHO, 2007), a literatura aponta um conjunto de características comuns ao diagnóstico em questão, pelo que em seguida serão apresentadas.

### **A. Características Cognitivas/Conceptuais**

As capacidades cognitivas possibilitam o pensamento, o raciocínio, a memória, a capacidade de resolução de problemas e a capacidade de tomada de decisões (WHO, 2007) e dizem respeito ao conhecimento ou capacidade que uma pessoa possui, enquanto as funções executivas são o “processo” relacionado com a execução destas capacidades cognitivas (Roelofs et al., 2015). Destaca-se a relevância da resolução de problemas como uma parte fundamental da vida, pois sempre que há um objetivo a ser alcançado, o comportamento de atingir esse objetivo está relacionado com o funcionamento executivo (Camp et al., 2016).

Os indivíduos com DID enfrentam diversas dificuldades no desempenho das mais variadas atividades, devido às limitações nas capacidades cognitivas inerentes (WHO, 2007), destacando-se o papel fulcral da memória de trabalho nas dificuldades cognitivas dos indivíduos com DID (Carreti, Belacchi e Cornoldi, 2010). Neste domínio, as pessoas com DID tendem a apresentar dificuldades na capacidade simbólica, memória verbal de curto prazo, inibição e autorregulação de comportamentos impulsivos, capacidade de representação e abstração, manutenção da atenção e concentração e sequencialização do processamento, baixa tolerância à frustração, falta de motivação e perseverança (Burack, Hodapp e Zigler, 1998), dificuldades na planificação e na abstração, com consequências ao nível de resolução de problemas complexos (Schalock et al., 2012). A



necessidade de mais tempo para o processamento da informação, bem como a menor plasticidade intelectual são também reportadas (Blasi, Elia, Buono, Ramakers e Nuovo, 2007), apesar de variarem consoante o nível intelectual.

Nas etiologias desconhecidas, os indivíduos com DID enfrentam também diversos desafios a nível educacional e profissional, tendo dificuldades em relembrar determinadas informações e em manter o foco de atenção de forma adequada para a tarefa a realizar (Carlin, 2012). Intervir, a nível cognitivo, com esta população, tem o objetivo de se desenvolverem técnicas que permitam desenvolver as capacidades que estão comprometidas e/ou aumentar a eficácia do processamento cognitivo, objetivando uma maior eficiência em determinadas tarefas (Carlin, 2012).

Nos últimos anos, vários investigadores têm destacado o papel da memória de trabalho e das funções executivas (FE) relativamente às tarefas de inteligência (Danielsson, Henry, Messer, e Rönnerberg, 2012), verificando-se a importância que têm para que se perceba o perfil cognitivo dos indivíduos com DID, para posterior implementação de programas de intervenção apropriados (Henry, Cornoldi e Mähler, 2010). Apesar de os estudos ainda serem inconsistentes, no que diz respeito às pessoas com DID (Danielsson et al., 2012), verifica-se pertinente investigar o papel das FE nesta população, pelo destaque que têm vindo a ter nas perturbações do desenvolvimento, que usualmente são caracterizadas por um CA reduzido (Costanzo et al., 2013).

As FE, frequentemente associadas com o lobo frontal do cérebro (Friedman et al., 2006), estão então relacionadas com a capacidade de controlar e ajustar flexivelmente o pensamento e a ação (Carreti et al., 2010; Costanzo et al., 2013; Danielsson, Henry, Rönnerberg e Nilsson, 2010; Friedman et al., 2006; Kirk, Gray, Ellis, Taffe e Cornish, 2017;), a manutenção e alterações de comportamentos e o planeamento de ações futuras, sendo fundamentais para o CA (Costanzo et al., 2013; Henry et al., 2010).

Relativamente às componentes que constituem as FE, estas podem ser divididas em diferentes subcomponentes, relacionadas com múltiplas tarefas (e.g.: resolução de problemas, fluência, planeamento, tomada de decisão e memória de trabalho) (Danielsson, Henry, Ronnberg e Nilsson, 2010; Danielsson et al., 2012): memória de trabalho, i.e., a capacidade de armazenar e manipular informação no cérebro, em simultâneo, e por breves períodos de tempo (Alloway, 2010); inibição/atenção (e.g.: ser capaz de controlar a atenção); e flexibilidade cognitiva, i.e., a capacidade de alternar entre diferentes informações/tarefas (Benavides-Nieto, Romero-López, Quesada-Conde e Corredor, 2017; Henry et al., 2010; Kirk, Gray, Riby e Cornish, 2015; Jansen, De Lange e



Van Der Molen, 2013; Miyake et al., 2000; Willner, Bailey, Parry e Dymond, 2010). A relação entre o controlo inibitório e a memória de trabalho pode auxiliar no desenvolvimento da flexibilidade cognitiva, essencial para a resolução de conflitos sociais, pois engloba a capacidade de alterar a perspetiva interpessoal, i.e., olhar para um objeto ou situação pelo ponto de vista do outro/próximo (Benavides-Nieto et al., 2017).

De acordo com Kirk e colaboradores (2015), as FE básicas têm sido fortemente relacionadas com o desempenho académico, desenvolvimento da linguagem e a estabilidade comportamental. A capacidade de se concentrar numa tarefa, mudar o foco de atenção entre atividades distintas ou inibir respostas impulsivas são componentes críticas no desenvolvimento do controlo cognitivo (Kirk et al., 2015). Interromper os processos essenciais das FE pode levar ao aumento dos níveis de distração, impulsividade, esquecimento, sendo que, no caso de crianças “vulneráveis” às dificuldades de aprendizagem, por causa de uma dificuldade intelectual subjacente (e.g.: trissomia 21), as limitações nas FE irão exacerbar o já comprometido sistema cognitivo (Kirk et al., 2015).

De uma forma geral, a investigação das capacidades das FE nos adultos com DID é inconsistente, i.e., algumas das áreas das FE parecem estar bem preservadas, com níveis de desempenho a alcançar os níveis de idade cronológica, enquanto outras áreas apresentam maiores dificuldades (Danielsson et al., 2012).

É acordo entre os autores que, teoricamente, a memória de trabalho e o funcionamento executivo podem ser conceitos básicos para a investigação na DID, apesar das limitações existentes nos domínios verbal e visuoespacial (Alloway, 2010): em primeiro, a investigação da inteligência está a revelar-se pertinente; em segundo, as reflexões sobre a fragilidade da inteligência parecem sugerir que um problema primário poderá envolver défices na memória de trabalho e funções executivas; em terceiro, o papel da memória de trabalho em atividades cognitivas importantes do dia-a-dia (e.g.: compreensão da linguagem, leitura, resolução de problemas) tem sido demonstrado (a avaliação das dificuldades sentidas pelos indivíduos com DID, relativamente à memória de trabalho e FE, poderá ajudar a justificar a co-existência de problemas acentuados em diversas atividades diárias); por fim, as neurociências estão a encontrar importantes relações, ao estudarem a organização cerebral dos indivíduos com esta perturbação, avaliando quais as áreas envolvidas no desempenho em tarefas da memória de trabalho e executiva (Henry et al., 2010).

É necessário aprofundar a investigação sobre o treino cognitivo e o impacto que tem no fortalecimento das capacidades das FE básicas nos indivíduos com limitações no funcionamento intelectual, pois as dificuldades cognitivas são evidentes e a falta de intervenções apropriadas ainda é uma realidade (Kirk et al., 2015). Assim, avaliar as diferentes habilidades das FE na DID poderá ajudar os profissionais a identificar quais as áreas a intervir precocemente (Costanzo et al., 2013), apesar de as opções de intervenção para otimizar as FE nos indivíduos com DID serem reduzidas e visarem maioritariamente apenas características comportamentais (e.g.: desatenção e hiperatividade) (Kirk et al., 2015). Tendo em conta que as capacidades das FE nos indivíduos com DID não são homogéneas, é fundamental perceber este perfil através da avaliação dos domínios verbal e visual, auxiliando assim a pessoa com DID a desenvolver o CA e autonomia, e a viver de forma mais independente na comunidade (Costanzo et al., 2013).

#### **B. Características Sociais**

Apesar de não existir um consenso sobre o conceito de “capacidade social”, há um acordo no que diz respeito às ligações entre as capacidades sociais e as interações sociais de sucesso, e entre a capacidade de estabelecer e manter relações sociais positivas (Garrote, 2017).

Garrote (2017) define que iniciar e manter uma interação social, assim como ser capaz de liderar e definir limites nas relações com os pares, são capacidades auto-orientadas, i.e., objetivam satisfazer as necessidades do próprio. As crianças que conseguem identificar e perceber as emoções (positivas e negativas) do próximo, devem interagir com sucesso, sendo socialmente responsivas e capazes de desenvolver relações harmoniosas no dia-a-dia (Nader-Grosbois, Houssa e Mazzone, 2013). Além disso, quando a criança tem a capacidade de deduzir conhecimentos, intenções e crenças e perceber a existência de falsas crenças, tem mais facilidade em adotar as perspetivas cognitivas do próximo e ajustá-las ao seu comportamento (Nader-Grosbois et al., 2013).

As capacidades sociais funcionais são essenciais para que um adulto viva confortável na sociedade em que está inserido (Umavedi e Sukumaran, 2012), e é através da interação com os pares que esta aprendizagem de diversos comportamentos e capacidades sociais é feita (Garrote, 2017). No domínio social, as pessoas com DID tendem a apresentar dificuldades significativas (Matson, Dempsey e LoVullo, 2009), apresentando dificuldades na aquisição e retenção das regras sociais, capacidade de

iniciativa e responsividade social, que se repercutem nas interações com os pares, no reconhecimento de expressões faciais e na autonomia (Burack et al., 1998). Verifica-se então que a dificuldade social e em alterar os comportamentos para uma resposta efetiva perante a sociedade é uma realidade em várias situações do dia-a-dia da população com DID (Fernández, Padilla-Munõz, Núñez e Pérez-Gil., 2016).

As pessoas com DID, em geral, têm tendência para a passividade, isolamento e apatia, sendo a instabilidade emocional também uma das características presentes (Burack et al., 1998). De acordo com os autores, relativamente às competências linguísticas em geral, a população com DID tem dificuldades na produção do discurso, o que se traduz muitas vezes por ecolalias e estereotípias, apresentando também dificuldades de articulação, fonologia e imitação vocal. As alterações no nível da compreensão e expressão linguísticas das pessoas com DID são também uma realidade, manifestando-se por um discurso desorganizado e um vocabulário limitado (Burack et al., 1998).

O estudo de Nieuwenhuijzen e Vriens (2012) revelou que as crianças com DID moderada e *borderline* apresentam problemas com o funcionamento adaptativo em situações sociais e relações com os pares e que, quando há dificuldade em reconhecer emoções, na sua interpretação, na memória de trabalho e nas capacidades de inibição, há mais tendência a problemas no processamento de informação social e resolução de problemas.

Apesar de a adolescência acarretar diversas dificuldades sociais em qualquer pessoa, os adolescentes com DID podem enfrentar desafios acrescidos (e.g.: amizades, exploração e abuso social) e ainda lidar com a sua sexualidade em desenvolvimento (Fisher et al., 2011). Nesta fase, alguns indivíduos com DID referem ser difícil fazer/manter amizades, mas que, apesar da dificuldade, há reciprocidade na relação com os colegas, variando qualitativamente das pessoas sem DID (ou outra perturbação do desenvolvimento) (Fisher et al., 2011).

Comparando com pares com desenvolvimento típico, as amizades dos indivíduos com DID tendem a ser menos estáveis, mais propensas a conflitos e com menor partilha de informações pessoais (Fisher et al., 2011). Quando há um indivíduo com DID (ou outra perturbação do desenvolvimento) e outro com desenvolvimento típico, tende a surgir um padrão hierárquico (e assimétrico) de papéis, em que o indivíduo sem dificuldades torna-se líder e o indivíduo com DID o ‘seguidor’ (Fisher et al., 2011). Comparativamente aos pares da mesma idade, os adolescentes com DID têm, por norma, menos amigos,

geralmente do mesmo género, e com amizades menos íntimas e empáticas verificando-se também que, em relação aos pares com desenvolvimento típico, os indivíduos com DID são mais vulneráveis, experienciando com mais frequência a rejeição social (Fisher et al., 2011).

No entanto, visto que as capacidades sociais são resultado de uma aprendizagem, a grande maioria das limitações e consequências adversas que surgem, e são reconhecidas na literatura, podem vir a ser minimizadas através do ensino do comportamento social, num contexto interpessoal significativo (Fernández et al., 2016). Assim, será possível facilitar o processo de integração e desinstitucionalização da pessoa com DID, processo este fundamental para que se evitem problemas de comportamento, psicológicos e abusos sexuais (Fernández et al., 2016).

### **C. Características práticas**

A severidade da DID tem sido associada com o nível de capacidades adaptativas/práticas (Harries, Guscia, Nettelbeck e Kirby, 2009), verificando-se a existência de dificuldades neste âmbito (e.g.: ao nível da comunicação e capacidades sociais – Matson et al., 2009).

Torna-se importante referir que o CA aumenta com a idade e diminui com o grau de severidade da perturbação (Santos, 2014), no entanto, a avaliação do CA, exclusivamente, não dá resposta sobre a natureza da dificuldade (Navas, Verdugo, Arias e Gómez, 2012). Atualmente, é possível verificar que há uma proporção considerável da população com DID que vive, de alguma forma, “dependente” de outra pessoa (e.g.: cuidadores, familiares), destacando-se assim a pertinência da intervenção na melhoria da independência (Hilgenkamp, van Wijck e Evenhuis, 2011).

As investigações sugerem que o desenvolvimento emocional das pessoas com DID se encontra usualmente mais afetado do que o desenvolvimento intelectual, i.e., em cada patamar de desenvolvimento emocional, é possível encontrar diferentes necessidades emocionais, motivações, estratégias de *coping* e habilidades de se adaptar ao envolvimento e, conseqüentemente, diferentes padrões comportamentais (La Malfa, Lassi, Bertelli, Albertini e Dosen, 2009). O desenvolvimento emocional é um fator a ter em conta quando avaliamos o CA (La Malfa et al., 2009), isto porque o funcionamento do mesmo (a capacidade de um indivíduo cuidar de si mesmo e interagir com os outros) está intimamente relacionado com o diagnóstico e classificação da DID e, por sua vez, com o planeamento de intervenções e apoios necessários (Armstrong et al., 2008).

O CA tem um papel importante na predição do nível de educação e sucesso em tarefas do dia-a-dia nas crianças com DID pois, nas crianças com DID ligeira, o CA revela-se como o único fator que influencia diretamente estas questões (Blidt, Styema, Kraijer, Sparrow e Minderaa, 2005). Assume-se, assim, que as limitações no CA podem levar a um fraco desempenho académico, dado o CA envolver diversas capacidades diárias (e.g.: comunicação, autocuidado, vida doméstica, capacidades sociais, vivência em comunidade, autodireção, saúde e segurança) que resultam da interação entre o desenvolvimento biológico, cultural e as experiências e processos de aprendizagem em contextos específicos (Santos, 2014).

A avaliação do CA tem em conta o desempenho do indivíduo nos diferentes contextos e é uma parte essencial para um processo abrangente, contínuo e de resolução de problemas, resultando no desenvolvimento de intervenções e apoios que irão assegurar que os indivíduos com DID alcancem uma boa independência, relações positivas e uma maior inclusão dos mesmos nas escolas e comunidades (Armstrong et al., 2008). A natureza de desenvolvimento dos indivíduos com DID é fundamental para o construto do CA, pois o aumento das expectativas para as capacidades adaptativas e sua complexidade é proporcional ao aumento da idade e das exigências do envolvimento (Armstrong et al., 2008).

Comparativamente aos pares com desenvolvimento típico, os indivíduos com DID têm mais dificuldades em adquirir informações ou competências, em diversas atividades da vida diária (e.g: o uso da casa de banho, vestir, comer) e no autocuidado com as necessidades básicas (Woolf, Woolf, e Oakland, 2010). Torna-se, também, importante a criação e aplicação de programas ao nível da autodeterminação, interação social, entre outros, pois, apesar do tempo livre, os indivíduos com DID não sabem como controlar esse tempo e usá-lo de forma recreativa, e, quando o fazem, tendem a escolher atividades de acordo com as suas preferências e não considerando as suas próprias necessidades (Duvdevany, 2002).

As transições de vida (e.g.: alterações fisiológicas da puberdade, o fim dos programas educativos, a transição para o viver sozinho, o envelhecimento dos pais) criam maiores desafios para os indivíduos com DID, requerendo uma maior adaptação social e psicológica pois, geralmente, desencadeiam o início de comportamentos desafiantes e perturbações ao nível da saúde mental (Barnhill e McNelis, 2012).

A dificuldade em descrever como se sentem (disposição e estado cognitivo) é usual na população com DID, devido à limitação na linguagem expressiva e à dificuldade

em descrever estados profundos ou relativos à regressão e desorganização cognitiva/comportamental, em resposta aos fatores de stress envolvimentoais (Barnhill e McNelis, 2012). As agressões envolvimentoais precoces, do ponto de vista neuropsicológico, podem afetar negativamente diversas capacidades (e.g.: regulação do comportamento, flexibilidade cognitiva, gestão do stress), assim como reduzir o limiar para que surjam perturbações mentais acentuadas (Barnhill e McNelis, 2012).

Os adultos com “DID ligeira” são capazes de atingir o sucesso (social e vocacional) quando existe uma educação/aprendizagem apropriadas, apesar de poderem necessitar de maior orientação face a fatores de stress (social ou económico - Armstrong et al., 2008). Quanto à “DID moderada”, há uma necessidade de apoios mais intensivos, essencialmente ao nível da escola e transição para o trabalho, mas que permitirá que se tornem membros ativos nas suas famílias e comunidades em que estão inseridos (Armstrong et al. 2008): inicialmente as dificuldades surgem ao nível das capacidades cognitivas e de comunicação; mais tarde, nas aquisições académicas. Isto é corroborado por Santos (2014) pois, através do seu estudo, verificou que as crianças e adolescentes com DID têm níveis significativamente inferiores de CA, comparativamente aos pares com desenvolvimento típico, destacando assim a importância de que o CA deveria ter, complementando a avaliação da inteligência quando se pretende determinar a capacidade de um indivíduo lidar com o envolvimento. Em Portugal, onde o estudo de Santos (2014) foi desenvolvido, os resultados já eram esperados, pois grande parte das crianças e adolescentes com DID estão institucionalizados, não vivendo nos contextos de comunidade, não tendo então acesso às mesmas oportunidades de desenvolver algumas capacidades adaptativas do dia-a-dia.

As limitações na seleção e perceção de quais as pistas fundamentais para uma interação de sucesso perante as exigências envolvimentoais, a reduzida capacidade de aprender e lidar com os seus pares, a falta de estimulação e as dificuldades em realizar o transfer das capacidades aprendidas para novas situações, aliado à dificuldade de perceber e interpretar as regras sociais são algumas das possíveis explicações para os resultados obtidos por Santos (2014). As dificuldades na linguagem e discurso (dificuldades na leitura, escrita e raciocínio), normalmente associadas à DID, afetam a capacidade individual de compreender e ser compreendido pelos outros, assim como as condições médicas, efeitos secundários da medicação, entre outros, podem interferir com o processo académico, destacando-se ainda dificuldades ao nível da memória, atenção e concentração (Santos, 2014).

O estudo de Belva e Matson (2013) verificou que, e sem diferenças significativas tendo em conta o género, os adultos com “DID profunda” parecem ter habilidades mais fortes nos cuidados pessoais, seguindo-se as habilidades domésticas e comunitárias. Comparando com outras atividades do dia-a-dia, estes indivíduos revelaram também melhores capacidades na alimentação, vestuário e banho, sendo evidentes maiores dificuldades ao nível dos cuidados com a casa ou com capacidades que envolvam tempo ou dinheiro (Belva e Matson, 2013). Comparativamente aos indivíduos com “DID ligeira”, podem ser mais vulneráveis aos fatores stressores sociais ou económicos (Armstrong et al., 2008).

#### **D. Características Psicomotoras**

O desenvolvimento psicomotor está na base da aquisição de todas as outras competências (a nível emocional, cognitivo e social), que se concretizam através dos processos de maturação e aprendizagem da vida do ser humano (Houwen, Visser, van der Putten e Vlaskamp, 2016; Santos e Morato, 2007), sendo que, na DID, com o aumento da necessidade de apoio, as correlações entre estes domínios tendem a aumentar também (Houwen et al., 2016). É uma população que apresenta, geralmente, dificuldades no âmbito das aquisições sensoriomotoras que afetam o funcionamento da pessoa (Wuang, Wang, Huang e Su, 2008).

Os problemas motores e cognitivos não coexistem sempre, no entanto, nos casos de DID moderada, *borderline*, ou dificuldades de aprendizagem isso acontece, destacando-se o facto de que, quando há uma disfunção num componente do sistema neural, as outras também são afetadas, principalmente num cérebro em desenvolvimento (Smits-Engelsman e Hill, 2012).

O ser humano existe e relaciona-se através dos padrões neuromotores, afetivos, cognitivos e socioculturais que se desenvolvem em resposta à relação entre as influências genéticas e ambientais (Gaul e Issartel, 2016; Martínez e García, 2008) e, qualquer alteração nestas propriedades, irá afetar a aquisição de componentes motoras (Gaul e Issartel, 2016).

O desenvolvimento psicomotor e motor de uma criança com DID é um processo complexo, gerido pelas suas próprias “leis” (Silvia e Ofelia, 2013), tornando-se um fator inerente ao conceito de adaptação, na medida em que o movimento se revela como uma componente primordial/pré-requisito para que ocorra a aquisição de outras competências, que vão evoluindo em consonância com os processos de maturação e de ensino-



aprendizagem (Santos e Morato, 2007), sendo que, neste processo, aprendem a reconhecer as capacidades e limitações do seu corpo (Martínez e García, 2008).

Como as crianças com DID têm menos motivação para explorar ativamente o envolvimento, recebem um menor número de *inputs* sensoriais, o que acentua as dificuldades motoras (Wuang et al., 2008). Apresentam também alterações significativas ao nível do conhecimento do esquema corporal (Silvia e Ofelia, 2013) e na coordenação motora geral, segmentar e intersegmentar, assim como no equilíbrio dinâmico e estático, resultando em efeitos adversos na execução/aprendizagem das habilidades básicas motoras, de estabilidade e manipulação (Silvia e Ofelia, 2013; Teodorescu e Popescu, 2014). Isto é corroborado por Westendorp, Houwen, Hartman e Visscher (2011), que verificaram que as crianças com DID têm problemas motores relacionados com o tempo e a coordenação da sequência de movimentos, i.e., são capazes de desempenhar simples movimentos, mas quando existem mais do que uma parte do corpo envolvida em simultâneo (e.g.: os dois lados do corpo ou ambas as extremidades superiores e inferiores), surgem mais dificuldades.

Ao nível **psicomotor** na DID, as dificuldades relativas à tonicidade, equilibração, lateralização, somatognosia e praxia parecem surgir devido à menor disponibilidade e acessibilidade das componentes do processamento de informação e dos fatores psicomotores (Fonseca, 1995). As componentes de execução são menos precisas e mais lentas, com consequências ao nível da expressão e de processamento que, no âmbito psicomotor, se representam por dismetrias, dissincronias e dispraxias (Fonseca, 1995), existindo também a falta de iniciativa (Barnhill, Koning e Kartheiser, 2007; Hartman et al., 2010; Santos e Morato, 2008). Fonseca (1995) refere, ainda, a disfuncionalidade da corporalidade e da motricidade e alguns desequilíbrios no processamento automático, que afetam a prestação cognitiva e o movimento voluntário. Devido a dificuldades de planificação e execução da decisão, as pessoas com DID têm dificuldades em tarefas não familiares, o que revela falta de plasticidade e flexibilidade representativa de uma certa “inércia psicomotora” na resolução de problemas e na criação de novas respostas (Fonseca, 1995, p.134). As dificuldades a nível físico e sensorial são barreiras à participação dos indivíduos nas tarefas domésticas, recreativas e profissionais (APA, 2013).

Do ponto de vista psicomotor, a hipotonia e outras limitações sensoriomotoras, relacionadas com as dificuldades sentidas ao nível da equilibração, nos itens do equilíbrio



dinâmico e estático, podem conduzir a posturas atípicas (Lathinen et al., 2007; Vuijk et al., 2010; Wuang et al., 2008).

Acrescentam-se ainda as limitações cognitivo-espaciais (Barnhill, Koning e Kartheiser, 2007) que, baseadas nas dificuldades ao nível da lateralidade (Vuijk et al., 2010) e da noção corporal, irão interferir com a qualidade de ajustamento das praxias e da locomoção (entre outros), com necessidade de mais apoios ao nível das atividades quotidianas (Hockin et al., 2013; Zikl, Holoubková, Karásková e Vesilíková, 2013), diminuição da independência, e maior probabilidade de dor e outros problemas de saúde relacionados com a falta de movimento (Hockin et al., 2013). Além das dificuldades no equilíbrio e na marcha, a população com DID apresenta também uma instabilidade postural, tanto em movimento como em posição estática, onde a idade, o peso, as comorbilidades e o movimento do corpo são determinantes para o desempenho nas tarefas de equilíbrio e/ou marcha (Enkelaar, Smulders, Lantman-de Valk, Weerdesteyn e Geurts, 2013). Torna-se importante referir que qualquer perturbação ao nível do controlo da postura e do equilíbrio irá alterar significativamente as ações motoras (Teodorescu e Popescu, 2014).

Para Hockin e colaboradores (2013), a praxia global nas pessoas com DID pode variar entre um nível “típico” de funcionamento e uma dificuldade considerável, resultando na dificuldade em adquirir novas oportunidades de aprendizagem. Comparativamente aos pares com desenvolvimento típico e idade intelectual semelhante, os indivíduos com DID surgem com níveis inferiores de praxia fina e global que, no entanto, não são exclusivamente causadas pela componente cognitiva (Houwen et al., 2016). O desempenho motor varia de acordo com o QI do indivíduo, i.e., mesmo dentro da mesma categoria de diagnóstico (e.g.: DID moderada), podem existir diferentes tipos de desempenho (Wuang et al., 2008), associados também à cognição e linguagem (Houwen et al., 2016). Apesar das dificuldades, as crianças com DID obtêm melhores desempenhos em tarefas que exigem mais a praxia global do que a praxia fina (Wuang et al., 2008), i.e., têm mais dificuldades nas componentes de manipulação/controlo de objetos do que nas capacidades de locomoção (Westendorp et al., 2011).

As pessoas com DID tendem a apresentar também desempenhos inferiores em tarefas que envolvam a estruturação espaço-temporal (Barnhill et al., 2007). Consequentemente, o impacto das dificuldades relativas à praxia global e à DID diretamente, têm menos probabilidade de serem ultrapassados/moderados, levando a uma maior dependência funcional e estado de saúde debilitado (Hockin et al., 2013).

Murray e colaboradores (2006) verificaram que existe uma ligação entre o desenvolvimento da motricidade global em crianças, e o funcionamento executivo na fase adulta, na medida em que: a rápida maturação dos circuitos neurais básicos, responsáveis pela funcionalidade motora das crianças, pode originar um desenvolvimento mais favorável dos complexos circuitos corticais e subcorticais envolvidos, que são responsáveis pelos processos cognitivos mais desenvolvidos na vida adulta.

Hartman e colaboradores (2010) observaram níveis inferiores de desempenho motor em crianças com DID moderada e *borderline*, que relacionaram com o funcionamento intelectual limitado. Isto corrobora assim a ideia de que as crianças com DID em idade pré-escolar lidam com problemas qualitativos nos desempenhos motores, especialmente no controlo de objetos e funções executivas, revelando a relação entre as dificuldades motoras e executivas, i.e., um fraco controlo motor resulta num fraco funcionamento executivo e vice-versa (Hartman et al., 2010).

Sabe-se que a população com DID vive a fase do envelhecimento mais cedo (não se conhece a idade exata em que a perda de funcionamento ocorre), apesar de atualmente a esperança média de vida ser superior, experienciando todos os “problemas” funcionais associados a essa fase, com especial declínio no equilíbrio e capacidade de movimento (Torres-Unda et al., 2017).

Analisando o referido anteriormente, e comparando com os diversos clientes a quem se prestou apoio, é possível verificar a existência de várias destas características. Relativamente às *características cognitivas/conceptuais*, alguns clientes apresentavam dificuldades na inibição e autorregulação de comportamentos impulsivos (e.g.: agressividade, autolesão). A falta de motivação e baixa tolerância à frustração estavam também presentes em alguns indivíduos, sendo utilizadas algumas estratégias para “combater” essas questões (e.g.: realizar atividades do interesse dos clientes, mas que desenvolvessem os objetivos estipulados e aumentassem, em simultâneo, o interesse na atividade). As tarefas que implicavam a memória de trabalho e sequencialização do processamento (e.g.: atividades com etapas, construir uma história com sequência) também eram áreas menos fortes na população com que se interveio, necessitando assim de um maior período de tempo para processar a informação.

No que diz respeito às *características sociais*, de uma forma geral, os clientes apresentavam uma interação positiva entre eles, sendo capazes de manter amizades recíprocas, no entanto, era comum a existência de alguns conflitos. Entre clientes e técnicos, a relação era boa, existindo proximidade, mas com respeito pelas regras e

limites definidos. Por vezes, alguns indivíduos tinham dificuldade em regular alguns dos seus comportamentos em sociedade, apresentando ecolalias e estereotípias (gestuais e verbais – e.g.: meter a mão na boca), e também dificuldades na articulação e estruturação do discurso, causando, por vezes, um “impacto negativo” na sociedade em que estão inseridos.

Relativamente às *características práticas*, é importante ter em atenção o conceito de CA, sendo esta uma área de dificuldade nos indivíduos com DID, em geral, o que leva ao surgimento de dificuldades em diversas competências, comparativamente aos pares com desenvolvimento típico. É possível verificar que a grande maioria “depende” das famílias/cuidadores para um determinado conjunto de atividades diárias (e.g.: questões relativas à alimentação, vestuário, entre outras). Relativamente às capacidades académicas, alguns clientes apresentavam algumas competências de leitura e escrita (embora com alguns erros, por vezes), no entanto, por norma, não era uma atividade que realizassem por iniciativa.

No que concerne às *características psicomotoras*, verifica-se que a coordenação motora geral (segmentar e intersegmentar) era uma área a promover em alguns clientes, assim como o equilíbrio estático e dinâmico, com impacto no desempenho/aprendizagem de algumas capacidades (e.g.: manipulação de objetos em movimento). É possível constatar que as dificuldades são mais acentuadas quando estão envolvidas em simultâneo as extremidades superiores e inferiores do corpo. As alterações no tónus e, consequentemente, a dificuldade em aceder à passividade com intenção, também eram características presentes em alguns clientes, assim como as dificuldades de lateralização e estruturação espaço-temporal.

## **2.5 Comorbilidades**

Associadas às DID, podem existir condições no âmbito da saúde mental, neurodesenvolvimentais, médicas e físicas (e.g.: perturbações psiquiátricas, paralisia cerebral, epilepsia, esquizofrenia). As informações fornecidas por sujeitos próximos dos indivíduos são importantes para identificar sintomas como a irritabilidade, desregulação do humor, agressividade, problemas alimentares e do sono, e para avaliar o CA em vários contextos (APA, 2013). As perturbações de desenvolvimento associadas à DID mais comuns são a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Depressão, Bipolaridade, Ansiedade, Perturbações do Espectro do Autismo, movimentos estereotipados, comportamentos de autolesão, impulsividade e perturbações neurocognitivas (APA, 2013). Apesar da elevada incidência de perturbações psiquiátricas

e comorbilidade com outras dificuldades ser usualmente referida na DID, ainda se conhece pouco sobre a extensão e o impacto que estas dificuldades “extra” têm na capacidade funcional e, conseqüentemente, na necessidade de apoio (Harries et al., 2009).

Correlacionando com os clientes com os quais foi possível à estagiária ter contacto durante o período de estágio, e sendo corroborado então pelo que é referido pela literatura, é possível verificar que uma há proporção considerável de clientes com mais do que um diagnóstico, neste caso em específico, para além da DID. Foi possível verificar que a comorbilidade com perturbações do foro psiquiátrico é uma realidade frequente existindo, no local, alguns casos de comorbilidade com a esquizofrenia. A epilepsia foi também um diagnóstico presente, em que dois dos clientes com os quais a estagiária interveio o apresentavam, com formas de expressão diferentes, i.e., um dos clientes apresentava crises frequentes (e.g.: uma vez por semana), enquanto o outro poderia ter crises com uma frequência menor. Não sendo propriamente um diagnóstico (podendo estar associado), mas sim um conjunto de características presentes, foi possível verificar a existência de alguns comportamentos disruptivos em alguns clientes, nomeadamente ao nível da impulsividade, movimentos estereotipados, agressividade e até mesmo autolesão, verificando-se que estes surgiam, maioritariamente, em situações de maior “exposição ao stress”, ou quando confrontados com alguma situação com a qual não queriam/não sabiam como lidar.

De uma forma geral, e embora existam diagnósticos semelhantes/iguais, foi possível verificar que a forma como as diferentes perturbações se exprimem é diferente de cliente para cliente. É possível constatar também que todos os casos identificados, quer ao nível da saúde mental, quer relativamente a outras perturbações associadas, se encontravam devidamente medicados, sendo cumprida na instituição a toma dos mesmos, com o devido rigor.

## **2.6 Paralisia Cerebral**

### **2.6.1 Definição**

Descrita pela primeira vez por William Little nos anos de 1840, a paralisia cerebral (PC) é uma perturbação do desenvolvimento, definida como uma condição do desenvolvimento neurológico (Rosenbaum et al., 2007). Durante muito tempo, era apenas conhecida uma única causa: as complicações durante o parto (Sankar e Mundkur, 2005) e, atualmente, verifica-se que esta perturbação, de carácter permanente, inclui diversas condições

neuroológicas que originam o desenvolvimento atípico do movimento, controlo postural e funcionamento motor (Ketelaar, Vermeer, Hart, Beek e Helders, 2001; Krigger, 2006; Morris, 2007; Rosenbaum et al., 2007; Winter, 2007). Além das dificuldades motoras, a PC tem consequências no desenvolvimento neurológico, e as limitações musculoesqueléticas, cujas dificuldades se expressam no envolvimento, restringindo a participação e o número de atividades a realizar (Mantovani, 2007; OMS, 2001).

A PC é uma das causas comuns de deficiência motora na infância (Krageloh-Mann e Cans, 2009; Morris, 2007), onde há um comprometimento motor não-progressivo, com alterações no tônus muscular e/ou na postura. Tudo isto pode ser resultado de uma disfunção cerebral ou lesão nas diversas áreas do sistema nervoso em desenvolvimento, decorrendo desde o nascimento até, geralmente, aos 2 anos de idade (Koman, Smith e Shilt, 2004; Sankar e Mundkur, 2005; Wood, 2006). O carácter não-progressivo pode ser explicado como uma “encefalopatia estática”, i.e., mesmo que a lesão primária sofra modificações, o padrão clínico de apresentação pode mudar com o tempo e com o crescimento, plasticidade do desenvolvimento e maturação do SNC (Sankar e Mundkur, 2005). O diagnóstico de PC exclui as perturbações degenerativas e progressivas (a nível motor), que impliquem uma perda progressiva de habilidades adquiridas nos primeiros 5 anos de vida (Cans et al., 2007; McLaughlin, 2007).

### **2.6.2 Diagnóstico**

As limitações motoras existentes para o diagnóstico (Odding, Roebroek e Stam, 2006) são as principais queixas para uma avaliação médica, pois consistem em sinais de alerta quando a criança não está a atingir os marcos desenvolvimentais para a idade cronológica (Russman e Ashwal, 2004). Para o diagnóstico há questões a ter em conta: o historial completo da criança, com uma descrição detalhada sobre a gestação, período perinatal e marcos de desenvolvimento (Cans et al., 2007; Krigger, 2006; Winter, 2007); exames físicos que avaliem, além da aparência física geral, o alinhamento da cintura pélvica e pernas em posição estática, alinhamento da coluna, marcha (quando aplicável), variação ativa e passiva das articulações, sensibilidade, força, tônus muscular, tipo e extensão das perturbações no movimento, e a presença de deformidades nos membros (Koman et al., 2004). Deve-se persistir na identificação da etiologia, quando uma criança é diagnosticada e não são conhecidos os fatores de risco, ou quando a criança se encontra em risco de desenvolver PC (Wood, 2006).

A PC é uma perturbação que frequentemente coexiste com outras perturbações neurológicas (e.g.: dificuldades de aprendizagem, deficiência visual, hidrocefalia,

epilepsia, problemas comportamentais, entre outras – Krigger, 2006), afetando a participação dos indivíduos na sociedade (Beckung e Hagberg, 2002). Pakula, Braun e Yeargin-Allsop (2009) acrescentam que, geralmente, podem coexistir também alterações na sensação e percepção, cognição e problemas musculoesqueléticos secundários.

### **2.6.3 Etiologia**

A etiologia da PC é diversa e multifatorial, na medida em que as causas podem ser: congénitas, genéticas, inflamatórias, infecciosas, anóxicas, traumáticas e metabólicas; sendo que a lesão no cérebro em desenvolvimento pode acontecer antes, durante ou após o nascimento (Sankar e Mundkur, 2005).

Os fatores de risco podem dividir-se em três tipos (Krigger, 2006; Winter, 2007): *pré-natais*, que incluem infeções intrauterinas, exposição a agentes teratogénicos, complicações na placenta, gravidez múltipla, e condições maternas (e.g.: DID, convulsões ou hipertiroidismo); *perinatais*, desde as infeções, prematuridade, hemorragias intracranianas, convulsões, hipoglicémia, hiperbilirrubinémia, e significativa asfixia durante o parto, ou até mesmo o acidente vascular cerebral (AVC) isquémico durante o nascimento, que tem sido identificado como uma causa provável de originar a hemiplegia em diversas crianças; e *pós-natais*, que estão na base de 12 a 21% dos casos de PC, como a exposição a toxinas, meningite infecciosa, encefalite, e eventos traumáticos (e.g.: afogamento - Sankar e Mundkur, 2005).

A hipertensão materna (Koman et al., 2004), a insuficiência materna de iodo, a incompatibilidade sanguínea da mãe (Blair e Watson, 2006) e fatores sociais (e.g.: falta de estimulação - Liptak e Accardo, 2004) são outras das possíveis causas, destacando-se, contudo, a prematuridade e o baixo-peso à nascença, pois o risco de PC aumenta quando a idade gestacional e o peso diminuem (Sankar e Mundkur, 2005; O'Shea, 2008). Apesar de toda a evolução médico-tecnológica, ainda existe um elevado número de situações onde se desconhecem as causas (Sankar e Mundkur, 2005).

### **2.6.4 Prevalência**

A PC é uma das causas mais comuns de deficiência motora nas crianças, ocorrendo 2 a 3 vezes em cada 1000 nascimentos (*Surveillance of Cerebral Palsy in Europe* [SCPE], 2000). A prevalência tem aumentado ao longo do tempo, passando de 1.5 em cada 1000 nascimentos por volta dos anos 60, para os 2.5 em cada 1000 nascimentos nos anos 90, sendo que, com este aumento, verificou-se uma diminuição dos casos com diplegia e um aumento dos indivíduos com hemiplegia (Odding et al., 2006).

Os mais importantes fatores de risco para a PC são: o baixo-peso à nascença, sendo que, quando é inferior ao percentil 10, há 4 a 6 vezes mais probabilidades de ter PC; as infeções intrauterinas, que aumentam em 5 vezes o risco de PC nos bebés de termo completo e duas vezes nos bebés prematuros (Odding et al., 2006); e gestações múltiplas, pois a prevalência da PC, quando comparada aos bebés únicos, é 5 vezes superior nos gémeos e 19 vezes superior nos trigémeos (Odding et al., 2006; Sankar e Mundkur, 2005).

A quantidade de bebés que nascem com baixo peso, dentro das crianças com PC, está a aumentar: os recém-nascidos com peso inferior a 2500g constituem metade dos casos de PC (Krageloh-Mann e Cans, 2009) e um pouco mais de metade dos casos mais severos, enquanto em 1960 contribuíram apenas com um terço dos casos, e apenas um sexto dos casos mais severos (Odding et al., 2006). A prematuridade extrema também é muito associada à PC (O'Shea, 2008), existindo uma clara inclinação das classes sociais na prevalência desta perturbação (Odding et al., 2006).

A maioria das pessoas com PC tem a síndrome espástica (Krageloh-Mann e Cans, 2009), e apresenta também algum tipo de dificuldade cognitiva, sendo que a percentagem das pessoas com diplegia é a menor (Odding et al., 2006). A prevalência varia de acordo com o tipo de PC e aumenta exponencialmente quando a epilepsia está presente (20 a 40% tem epilepsia), sendo mais comum entre os grupos de indivíduos com hemiplegia e tetraplegia (Odding et al., 2006).

### **2.6.5 Classificação Fisiológica e Topográfica**

A classificação permite a caracterização do tipo de PC, a identificação da sua etiologia, contribuindo para o estabelecimento de intervenções terapêuticas mais adequadas e personalizadas (Cans et al., 2007; Winter, 2007). Apesar da inexistência de um sistema de classificação que descreva todos os sinais e sintomas da PC, é possível verificar a heterogeneidade das características de cada subtipo e das suas manifestações individuais (Winter, 2007).

A PC pode ser classificada em relação ao comprometimento neurológico, à topografia da lesão, à severidade das dificuldades motoras (Bangash, Hanafi, Idrees e Zehra, 2014; Nickel e Petersen, 2008) e à localização da lesão no SNC (periventricular, tronco cerebral, cortical, piramidal ou extrapiramidal – Koman et al., 2004). A PC pode ser dividida em dois principais grupos fisiológicos: o *piramidal*, onde se encontram os casos maioritariamente espásticos, i.e., um sinal clínico manifestado por uma maior resistência



de um membro quando lhe é imposto externamente um movimento articular; e o *extrapiramidal*, onde se incluem a coreia, atetose, distonia e ataxia (Pakula, et al., 2009). A *coreia* consiste em movimentos irregulares que não têm um caráter muito repetitivo ou rítmico, com tendência a serem mais instáveis e espásticos; a *atetose*, caracterizada por movimentos lentos e distorcidos, repetitivos, sinuosos e rítmicos; a *distonia*, que são movimentos involuntários, acompanhados de uma postura atípica contínua; e, por fim, a *ataxia*, onde os movimentos coordenados se encontram afetados, assim como o equilíbrio, a postura, a marcha, e onde as tarefas de praxia fina, que requerem uma coordenação óculomanual são difíceis (e.g.: escrever) (Cerebral Palsy, 2017).

Os tipos de PC espástica apresentam: relações neuromotoras consistentes e persistentes; as alterações neurológicas permanecem durante os períodos de calma e sono, e não sofrem grandes alterações durante o estado ativo ou em situações de stress emocional e/ou irritabilidade (Pakula et al., 2009). Contrariamente, os tipos de PC extrapiramidal apresentam alterações durante os períodos de relaxamento e sono e, especialmente, durante situações de stress (Pakula et al., 2009).

A espasticidade é o tipo de PC mais frequente, afetando 70-75% das crianças com PC, caracterizando-se pelo padrão atípico de postura e/ou movimento, pela hipertonía e presença de reflexos patológicos (Bangash et al., 2014; SCPE, 2000). Os sistemas de classificação dos subgrupos da PC espástica referem-se à localização da função motora “alterada” (Krageloh-Mann e Cans, 2009; Nickel e Petersen, 2008): a *diplegia*, quando há envolvimento bilateral dos membros inferiores que se encontram mais afetados, sendo a forma mais comum (30-40%); a *hemiplegia*, relacionada com o envolvimento unilateral dos membros superiores e inferiores (20 a 30% - Sankar e Mundkur, 2005), com comprometimento da funcionalidade de um lado do corpo (esquerdo ou direito) e com o braço mais afetado que a perna, em tripla flexão (i.e.: flexão do punho e cotovelo e adução do ombro – Winter, 2007), com pequenos desvios motores, problemas visuais e comportamentais (Koman et al., 2004); a *triplegia*, com envolvimento de três extremidades que, por norma, são ambos os membros inferiores e um membro superior; *hemiplegia dupla*, que envolve os quatro membros mas onde o maior grau de espasticidade se encontra nos membros superiores; e tetraplegia, em que os membros superiores e inferiores estão gravemente comprometidos (Pakula et al., 2009; Winter, 2007) e associados a comprometimentos motores com repercussões ao nível da linguagem e aprendizagem (Koman et al., 2004), abrangendo cerca de 10 a 15% dos diagnósticos de PC (Sankar e Mundkur, 2005).



### 2.6.6 Características

A forma como a PC se manifesta depende da magnitude, extensão e localização da lesão, com danos irreversíveis no cérebro, tronco cerebral ou medula espinal, e onde a severidade varia entre um subtil comprometimento motor e uma limitação que afete todo o corpo (Koman et al., 2004). A PC caracteriza-se por espasticidade, perturbações no movimento, fragilidade muscular, ataxia e rigidez (Koman et al., 2004) que, por sua vez, afetam o desenvolvimento típico das praxias global e fina (Beckung e Hagberg, 2002).

Ao longo do tempo, a espasticidade, com resultante desequilíbrio muscular nas articulações, pode originar o “encurtamento” das unidades miotendinosas, contraturas articulares, deformidades ósseas e luxação ou subluxação articular (Koman et al., 2004). Para os autores, as posturas observáveis mais comuns no braço são a rotação interna do ombro, flexão do cotovelo, pronação do antebraço, flexão do punho, flexão dos dedos e polegar junto à palma da mão (Koman et al., 2004). Na perna, verifica-se que as posturas mais comuns são a flexão e/ou adução da anca, flexão do joelho, tornozelo equino, calcâneo valgo, e flexão dos dedos (Koman et al., 2004). Estas alterações motoras/deformidades são acentuadas durante a atividade e apresentam consequências ao nível das maiores dificuldades na manipulação de objetos, coordenação e exploração do meio envolvente (Hinchcliffe, 2007). Verifica-se, então, pertinente o tratamento da espasticidade, visando a melhoria do funcionamento muscular e articular, na medida em que será reduzida a dor e o desconforto, evitando, também, a subluxação da anca e minimizando as contraturas articulares (Wood, 2006).

A marcha patológica e as alterações estáticas incluem: andar na ponta dos pés (tornozelo equino); marcha agachada (flexão da anca e joelho, calcâneo do tornozelo); marcha de salto (flexão da anca e joelho, tornozelo equino); andar de “tesoura” (adução da anca); pélvis *windblown* (contração de adução fixa numa anca associada com uma contração de abdução contralateral); marcha com os pés voltados para dentro (pode resultar de uma anteversão femoral, torção tibial interna ou deformação dos metatarsos e falanges) ou para fora (pode derivar de uma deformação de torção femoral ou tibial); pé plano (calcâneo valgo); e joanetes (Koman et al., 2004). Os autores referem ainda que algumas das deformidades estão relacionadas com o desequilíbrio de músculos específicos, e outras estão associadas principalmente a subluxações ou deslocamento das articulações ou deformidades ósseas. As deformidades da coluna vertebral incluem escolioses, cifoses e lordoses, (Koman et al., 2004), sendo a escoliose muito comum na PC, aumentando proporcionalmente à idade e à severidade da PC (Wood, 2006).

A sensibilidade nas mãos encontra-se fragilizada em cerca de metade das pessoas com PC, sendo que mais de um quarto dos indivíduos com este diagnóstico apresentam também dor crónica. Acima de 80% das pessoas apresenta algum tipo de alterações no discurso, e mais de três quartos dos indivíduos possuem baixa acuidade visual (Odding et al., 2006).

Das crianças com PC, 30% não conseguem andar, 30% têm DID “moderada ou severa” e 12% têm uma deficiência visual grave (Koman et al., 2004), restringindo o tratamento da informação com efeitos, menos positivos, na adaptação ao envolvimento (Hinchcliffe, 2007). Ocorrem outro tipo de alterações como as alterações musculoesqueléticas, ósseas, comportamentais, visuais (e.g.: ambliopia, nistagmo, alterações na retina - Ashwal et al., 2004) e auditivas (e.g.: alterações na acuidade auditiva ou surdez, de transmissão e/ou percepção do som – Muñoz, Blasco e Suárez, 1997), comunicativas e/ou relacionais (Blair e Watson, 2006; Krageloh-Mann e Cans, 2009; Liptak e Accardo, 2004). Metade dos indivíduos com PC têm problemas gastrointestinais e de alimentação (Odding et al., 2006).

Um quarto das crianças apresenta um crescimento enfraquecido e metade das crianças apresenta baixo ou excesso peso (Odding et al., 2006). A incontinência urinária primária ocorre em 23% das crianças e adolescentes com PC, onde é possível constatar uma menor aptidão física, comparativamente aos pares saudáveis (Odding et al., 2006). A fadiga física é mais comum nos indivíduos adultos com PC (Odding et al., 2006). Os problemas oromotores (Winter, 2007), na deglutição (Ashwal et al., 2004), o refluxo gástrico, a obstipação (Kriger, 2006; Winter, 2007) bem como as dificuldades respiratórias (Liptak e Accardo, 2004) podem estar associadas a condições de desnutrição. A nível psiquiátrico, a PC pode estar associada a outras perturbações (e.g.: sono, humor e ansiedade – Rosenbaum et al., 2007).

A cliente estudo-caso apresenta uma PC do tipo espástica, mais especificamente uma hemiplegia (o tipo de PC mais comum - Odding, 2006), onde é evidente o comprometimento de todo o lado direito do corpo. É possível verificar que o membro superior se encontra mais afetado do que o membro inferior, encontrando-se em tripla flexão, i.e., flexão do punho/dedos e cotovelo e adução do ombro, corroborando o antes dito por Winter (2007). O lado do corpo que se encontra afetado apresenta uma hipertonía, no entanto, apesar de algumas dificuldades, a cliente consegue deslocar-se de forma autónoma e realizar a maioria das atividades do dia-a-dia, necessitando de apoio em algumas (e.g.: vestir, calçar os sapatos).

Relativamente às comorbilidades da PC, é possível verificar que a cliente do estudo-caso apresenta algumas dificuldades visuais que, no entanto, são ultrapassadas pela utilização de óculos devidamente graduados para a condição que apresenta. Embora apresente um discurso fluido e perceptível, com um raciocínio claro, verifica-se que tem uma ténue dificuldade na articulação de algumas letras (e.g.: R).

Tendo em consideração, e tal como referido anteriormente, a cliente estudo-caso apresentava, no seu processo clínico, co-morbilidade com epilepsia. Desta forma, proceder-se-á agora à sua caracterização de forma resumida.

## **2.7 Epilepsia**

### **2.7.1 Definição e características**

A epilepsia é uma perturbação do cérebro, caracterizada por uma predisposição perdurável de gerar convulsões epiléticas, sendo que a epileptogénese consiste no desenvolvimento de uma rede neuronal onde ocorrem convulsões espontâneas ou recorrentes não-provocadas (Duncan, Sander, Sisodiya e Walker, 2006), incluindo-se apenas quando são resultado de lesões estruturais subjacentes (e.g.: tumores) e excluindo-se as crises que resultam de um fator como a febre ou a eclampsia (Hart, 2012).

A epilepsia envolve um conjunto de sintomas (Ferro e Pimentel, 2013), com diversas causas subjacentes, pelo que as manifestações clínicas da atividade neuronal anormal são heterogéneas (Zuberi e Symonds, 2015), apesar da recorrência das crises convulsivas (Ferro e Pimentel, 2013).

Existem dois tipos gerais de convulsões: *generalizadas*, e de carácter interno, onde as redes bilaterais no cérebro estão comprometidas; e *focais*, internas também, em que apenas um hemisfério apresenta redes limitadas, podendo progredir e vir a envolver ambos os hemisférios (Zuberi e Symonds, 2015). O diagnóstico da epilepsia é clínico e é baseado na probabilidade, após avaliação completa do indivíduo (Duncan et al., 2006), decorrente da evidência de duas ou mais crises, de início repentino e inesperado, num período de 12 meses (Ferro e Pimentel, 2013). A convulsão consiste no momento em que a pessoa perde a consciência e o controlo das suas funções motoras, não sendo possível ao próprio conhecer ou até mesmo controlar todos os fatores que despoletam uma convulsão (Smith e Buelow, 1996).

### **2.7.2 Prevalência, Etiologia e Classificação**

A epilepsia afeta pessoas de várias idades, desde recém-nascidos a idosos, e tem diversas causas e formas de se manifestar, diferentes tipos de convulsão e várias síndromes identificáveis, em que alguns tipos de epilepsia podem evoluir ao longo do tempo, ainda com muitas características que se encontram mal classificadas (Duncan et al., 2006).

Uma convulsão epilética é a manifestação comportamental de uma atividade neuronal atípica, onde ocorrem descargas neuronais hiperssincrónicas excessivas, i.e., coexistência da excitabilidade neuronal excessiva e sincronização neuronal anormal (Smith e Buelow, 1996). As convulsões recorrentes, secundárias à patologia ou disfunção do SNC, são definidas como epilepsia (Smith e Buelow, 1996).

A epilepsia deve ser considerada como um sintoma de uma condição subjacente apesar de, em alguns casos, esta condição poder ser uma epilepsia genética ou idiopática, i.e., as convulsões são a manifestação única ou predominante (Duncan et al., 2006). Os fatores de risco variam com a idade e localização geográfica, sendo que a epilepsia associada a traumatismos cranianos, infeções do SNC e tumores ocorre em qualquer idade (Duncan et al., 2006). Apesar dos avanços medico-tecnológicos, a maior parte das epilepsias permanece inexplicada pelos genes identificados até ao momento (Winawer, 2006).

A epilepsia é a condição neurológica mais grave e comum, tão comum como a diabetes mellitus juvenil, com uma prevalência de 5-10%, podendo ocorrer em qualquer faixa etária, mas com maior incidência nas crianças muito novas e idosos (Hart, 2012). No entanto, verifica-se que a prevalência nas crianças tem diminuído ao longo dos últimos anos, podendo ser explicada pela adoção de estilos de vida mais saudáveis por parte das grávidas, um melhor cuidado perinatal, entre outros (Duncan et al., 2006), bem como um maior controlo pelo tratamento farmacológico (Gritti, Paulino, Castiglioni e Bianchin, 2015). A “carga neurocognitiva” da epilepsia pode até começar antes do nascimento, através da exposição aos medicamentos antiepiléticos, ainda no útero (Motamedi e Meador, 2003).

A idade específica de incidência varia de acordo com o tipo de convulsão: a convulsão generalizada, particularmente, a mioclónica e a ausência, e em menor grau, as convulsões tónico-clónicas, são mais comuns nos primeiros anos de vida; as convulsões parciais, com ou sem generalização secundária, permanecem ligeiramente estáveis

desde a infância até aos 65 anos, aumentando severamente a partir desta idade (Smith e Buelow, 1996). Aproximadamente 50% das pessoas têm nova convulsão em 2 anos, após ter ocorrido a primeira, e a maioria é controlada com medicação, sendo que os indivíduos que não sofrem convulsões durante dois anos, poderão retirar a medicação (Hart, 2012). Aqueles que não respondem à primeira medicação antiepilética, são mais propensos a desenvolver epilepsia refratária, pois o tratamento precoce não revela grande impacto no prognóstico a longo-prazo (Hart, 2012).

A classificação mais recente da epilepsia destaca a etiologia da convulsão, mas também enfatiza três tipos de causas subjacentes: *genética*; *estrutural/metabólica*, podendo incluir a componente genética; e *desconhecida* (Baxendale e Thompson, 2016). Duncan e colaboradores (2006) acrescentam que a variação genética pode determinar as causas, suscetibilidade, mecanismos, síndrome, resposta ao tratamento, prognóstico, e consequências das epilepsias em diversos graus. As crises podem ser classificadas como ausências, mioclónicas, clónicas, tónicas, tónico-clónicas e atónicas (Panayiotopoulos, 2011) ou de acordo com a zona cerebral afetada, desencadeando crises parciais simples (sem compromisso da consciência), complexas (convulsão), ou generalizadas em mais do que uma área do cérebro (Engel, 2006).

A complexidade desta patologia, i.e., a existência de inúmeras manifestações clínicas e causas genéticas/não-genéticas em interação, leva a que a descoberta dos genes específicos seja um enorme desafio (Winawer, 2006). Verifica-se que, na maioria das epilepsias, a relação entre fenótipo clínico e mecanismo genético é complexa e não compreendida por completo (Winawer, 2006). A complexidade e heterogeneidade da epilepsia tornam difícil atribuir um determinado fenótipo ao seu genótipo subjacente (Winawer, 2006).

As manifestações clínicas da epilepsia variam, dependendo da extensão da área do cérebro afetada e da sua localização e, por isso, apenas iremos apresentar as principais características, tendo em conta o diagnóstico do estudo de caso (Panayiotopoulos, 2011):

- Crises focais ao nível de um hemisfério: a crise tem uma localização que pode ser específica ou mais ampla, e inicia-se através da ativação de neurónios numa determinada área do córtex cerebral, apresentado causas diversas e simples, em que não há alteração na consciência e conhecimento, e complexas caso se verifique essa alteração (podem dar origem a perturbações motoras, sensoriais ou psíquicas);

- Crises convulsivas generalizadas: usualmente bilaterais e simétricas, onde o cérebro se encontra afetado e há ausência da consciência.

As crises focais apresentam alterações ocasionais no comportamento, existindo um “desligar” com o envolvimento, podendo ocorrer também uma ausência quase total da consciência, em simultâneo com uma reduzida atividade motora (e.g.: movimentos dos lábios), sendo que, quando estas crises terminam, o indivíduo não tem noção do que aconteceu, podendo demorar algum tempo até que recupere a total consciência (Ferro e Pimentel, 2013).

Verifica-se que, nas crises generalizadas, as do tipo tónico-clónico são as mais comuns, em que o indivíduo perde a força e a consciência, ficando sem atividade respiratória e com contração total dos músculos por um curto período de tempo (Panayiotopoulos, 2011). Quando as crises generalizadas são do tipo mioclónico, ocorrem tremores involuntários nos membros ou em todo o corpo, mantendo-se a consciência (Panayiotopoulos, 2011). As ausências estão também dentro desta categoria (consistindo numa perda breve de consciência), iniciando-se/terminando de forma repentina, sendo o estado “normal de consciência” retomado de imediato (Panayiotopoulos, 2011).

### **2.7.3 Comorbilidades e Tratamento**

A epilepsia tem várias comorbilidades: dificuldades de aprendizagem, défices cognitivos, condições progressivas, patologias do foro psicológico e psiquiátrico, e principalmente nos idosos, condições médicas concomitantes, dificultando assim a avaliação e tratamento adequado (Duncan et al., 2006).

A função cognitiva é um produto das influências genéticas e ambientais (Baxendale e Thompson, 2016). Embora a epilepsia possa causar ou agravar um défice cognitivo implícito, a etiologia subjacente é um fator contribuinte (Motamedi e Meador, 2003). Os défices cognitivos e comportamentais são mais comuns nas pessoas com epilepsia do que na população em geral, sendo que são multifatoriais na etiologia, desde fatores biológicos (e.g.: tipo de convulsões, neuropatologia, idade de início), até uma variedade de problemas psicossociais e, em particular, intervenções terapêuticas que podem afetar adversamente indivíduos com epilepsia (Motamedi e Meador, 2003).

Enquanto tratar a epilepsia é necessário, e só por si, pode aliviar os défices cognitivos e comportamentais da doença, também pode estar associado aos seus efeitos colaterais: as principais intervenções terapêuticas (i.e.: medicamentos antiepiléticos e

cirurgia) estão associadas aos riscos cognitivos e comportamentais (Motamedi e Meador, 2003). A maioria destas “disfunções” são reversíveis, mas algumas não o são, nem evitáveis, pois atualmente não existem tratamentos disponíveis para os défices cognitivos decorrentes da epilepsia (Motamedi e Meador, 2003). Desta forma, e para os autores, o tratamento da epilepsia deve ser ajustado ao indivíduo em questão, tendo em conta os potenciais riscos, e visando a minimização das consequências negativas, onde são particularmente importantes os medicamentos antiepiléticos e os potenciais efeitos secundários cognitivos e comportamentais destes.

O tratamento da epilepsia pode passar pela toma de fármacos, apesar de atualmente a cirurgia ser uma alternativa eficaz no seu controlo, nos casos onde a politerapia não tem resultados, sendo fundamental o conhecimento do tipo de crise e da área de ação dos antiepiléticos a prescrever (Gritti et al., 2015). Os autores relembram que análise dos efeitos farmacológicos é outro tópico a considerar procurando-se iniciar o tratamento com o menor número possível de tomas diárias, e evitando a toma de vários fármacos em simultâneo.

Relativamente ao estudo-caso, é possível verificar que existe um diagnóstico de Epilepsia, coexistindo com o diagnóstico de Paralisia Cerebral, sendo esta “junção” uma condição comum, tal como a literatura refere (e.g.: Krigger, 2006; Odding et al., 2006). Embora não se tenha a informação do tipo de epilepsia que apresenta, foi detetada ainda na infância, encontrando-se a cliente medicada desde os 11 anos. Foi possível perceber também que a frequência das convulsões é reduzida (e.g.: a sua última convulsão tinha sido há quase um ano, aquando do momento de avaliação inicial), o que não é ainda suficiente para que a medicação seja retirada (Hart, 2012). Como meio de intervenção na epilepsia, verifica-se que a cliente recorre à medicação, utilizando “Tegretol 400mg”, um medicamento antiepilético (para crises convulsivas), sendo a toma feita através de um comprimido ao pequeno-almoço e outro ao jantar, não se verificando efeitos adversos da utilização deste medicamento.

Ainda neste âmbito teórico, considerou-se pertinente uma abordagem contextualizadora do que é a psicomotricidade e como se define a IPM, destacando-se a que foi concretizada ao nível da instituição da SCMMP.

### **3 Intervenção Psicomotora e Contextos**

Ao nascimento, a capacidade psicomotora já está presente e mantém-se relativamente estável durante a vida, podendo a prática melhorar os níveis de capacidades motoras



inatas que se encontrem menos fortes, atingindo o nível pretendido/necessário da proficiência dessa capacidade (Cuschieri, Hanna e Francis, 2009).

Assim, a psicomotricidade revela-se como uma abordagem ao nível da ação e do corpo humano, e que envolve a relação entre várias informações (e.g.: percetivas, linguísticas, cognitivas), de variados campos de investigação e prática (Fonseca e Bergés, 1985). Fonseca (2005, 2008) destaca ainda o facto de a psicomotricidade apresentar uma conceção em tríade: é *multicomponencial*, pois pretende englobar o conhecimento de várias áreas (e.g.: biologia, ciências humanas e outras); é *multiexperiencial*, na medida em que analisa os efeitos que a psicomotricidade tem em todo o processo de desenvolvimento, tornando num só todas as diferentes experiências; e, por fim, é *multicontextual*, ao pretender alargar as suas aplicações, ao nível do conhecimento e da intervenção, aos mais variados contextos de atividade humana (Fonseca, 2005, 2008).

Como campo transdisciplinar, a Psicomotricidade está relacionada com a capacidade de a pessoa “ser” e “agir”, nos seus diversos componentes (e.g.: biopsicossociais, afetivo-emocionais) (Fonseca, 2001b). Boscaini (2004) destaca que são os sintomas psicomotores que “ligam” o psíquico e o físico (Fonseca, 2001b, 2005, 2008; Fórum Europeu de Psicomotricidade [FEP], 2012). Na IPM, o corpo não é apenas um instrumento que se adapta ao meio envolvente, focando-se na importância da mediação e relação corporal, objetivando a eutonia, a somatognosia e a organização práxica da pessoa (Fonseca, 2001b).

Para Fonseca e Martins (2001), a IPM utiliza a mediação corporal como recurso para resposta às situações onde a adaptação do indivíduo se encontra comprometida, auxiliando o indivíduo a readquirir o prazer a nível sensório-motor, através do movimento e de toda a regulação a nível emocional e do tónus, como base para o desenvolvimento da representação simbólica, nos diferentes envolvimentos (e.g.: lúdico e relacional). A IPM pode ocorrer em qualquer faixa etária, sendo o conjunto das diversas interações psicológicas, percetivas e motoras do indivíduo com o meio envolvente que originam a sua “Psicomotricidade” (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP], 2012; Saint-Cast, 2004), verificando-se então que é na procura de dar resposta ao meio envolvente e às suas exigências que surgem comportamentos e condutas adaptativas (Santos, 2003).

De uma forma geral, a IPM considera as potencialidades do indivíduo, em constante interação, dado ser através do corpo que o indivíduo se exprime e manifesta, e onde os comportamentos estão contextualizados no seio da comunidade onde reside



(Fonseca e Martins, 2001), pretendendo potencializar, melhorar e aperfeiçoar as capacidades cognitivas do indivíduo (Saint-Cast, 2004). A IPM tem o objetivo de unir: o corpo e toda a atividade a nível intelectual, o real e o imaginário, o espaço e o tempo (Fonseca e Martins, 2001), objetivando a melhoria do CA do indivíduo (Morato e Santos, 2007). Assim, e no âmbito da IPM, torna-se fulcral ter em conta os sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, e as praxias global e fina), na medida em que estão em constante desenvolvimento, nos diversos contextos em que a intervenção ocorre (Fonseca, 2010). Estes fatores caracterizam-se como “circuitos dinâmicos autorregulados” que, juntos, funcionam como um só, apesar das participações diferentes, e têm um peso igualmente importante na forma como o sistema funcional psicomotor se organiza (Fonseca, 2010).

Ao falar de Psicomotricidade e da IPM, torna-se fulcral ter presente o modelo psicomotor, que envolve os sete fatores psicomotores, e está construído com base no Modelo de Luria: a *primeira unidade funcional*, inclui a tonicidade e a equilíbrio; a *segunda unidade funcional*, onde estão inseridas a lateralização, noção do corpo e estruturação espaço-temporal; e, por fim, a *terceira unidade funcional*, que engloba as praxias (global e fina), onde se verifica então que a organização psicomotora evolui da 1.<sup>a</sup> para a 3.<sup>a</sup> unidade, ou seja, da Tonicidade à Praxia Fina, apresentando uma organização sistémica, em que os sete fatores hierarquizados se relacionam entre si (Fonseca, 2001a).

O autor refere ainda que cada fator psicomotor se encontra “responsável” por um conjunto de ações: a *Tonicidade* e a *Equilíbrio* estão responsáveis pela regulação do tónus corporal, funções de vigilância, controlo vestibular e postural, e a segurança gravitacional, fulcral para qualquer praxia: a *Lateralização*, a *Noção do Corpo* e a *Estruturação Espaço-Temporal*, estão relacionadas com a obtenção das “informações táctilo-quinestésicas, visuais e auditivas, proprioceptivas e exteroceptivas do espaço intra e extracorporal, que conferem a sinalização aferente e eferente fundamentais à melodia praxica” (Fonseca, 2001a, p.190); por fim, a *Praxia Global* e a *Praxia Fina*, que são responsáveis pela programação e planificação da sequência de operações mentais, que levam a um fim/determinado resultado.

Abordar e “olhar” a pessoa como um todo, quando esta se encontra em maturação, é um dos métodos psicomotores complexos, sendo necessário perceber as diferentes impressões e expressões que se apresentam na base do mal-estar do

indivíduo (Saint-Cast, 2004). Desta forma, a Psicomotricidade centra-se no sujeito como um indivíduo único, resultado de interações biológicas e humanas (Saint-Cast, 2004).

Relativamente aos contextos, a IPM é indicada para vários âmbitos e pode ser realizada nos diversos contextos: *terapêutico ou reeducativo*, onde se verifica que a dinâmica do desenvolvimento de aprendizagem se encontra implicada; *educativo*, quando se pretende estimular o desenvolvimento psicomotor e o potencial de aprendizagem do indivíduo; e *preventivo*, que se baseia na promoção e estimulação do indivíduo ao nível das diferentes perturbações/alterações existentes (e.g.: problemas de comportamento ou e aprendizagem) (APP, 2012; FEP, 2012; Fonseca, 2010; Morais, Novais e Mateus, 2005).

Na IPM, esta variedade de contextos tem sempre por base a caracterização individual do sujeito, ou seja, a origem e as áreas com dificuldades, o local onde ocorre, quais os objetivos definidos, e qual a formação do profissional e tempo disponível (Martins, 2001). Torna-se importante ter em atenção também a constituição dos grupos de intervenção, ou individual, e qual a duração das sessões, devendo ser tudo pensado de forma coerente e individualizada a cada caso (Martins, 2001). Trabalhar em grupo, permite realizar um conjunto de atividades em coletivo, proporcionando interação entre os membros, permitindo ao indivíduo desenvolver diversas capacidades (de iniciativa, descoberta, criatividade, responsabilidade e comunicação), proporcionando também sensibilidades e conhecimentos, que irão levar ao “reconhecimento do eu” e à resolução de problemas na aprendizagem (Onofre, 2003). O autor destaca ainda que só nos conhecemos a nós próprios quando “se reconhece no outro em reciprocidade e em simultaneidade, através de dois olhares em sintonia” (Onofre, 2003, p.39).

### **3.1 Psicomotricidade Instrumental vs. Relacional**

A IPM rege-se por um conjunto de procedimentos sistematizados e regrados, baseados na lógica das situações, valorizando a componente relacional terapêutica, onde o inconsciente e a sua expressão denotam um impacto ao nível do *eu* e da criação de identidade, sendo fundamental que o indivíduo explore o ambiente num clima afetivo (Martins, 2001). É neste âmbito que surge o termo “terapia psicomotora”, com a intervenção a centrar-se no *todo* da pessoa e nas suas componentes funcionais e relacionais (Martins, 2001). Na IPM relacional, é a relação do sujeito com os pares, objetos e espaço que o rodeia que levará à melhor gestão do espaço interpessoal (Martins, 2001). Nesta componente, os instrumentos utilizados são o corpo do indivíduo, o espaço da relação, o ambiente onde ocorre a intervenção, o tempo e o ritmo, e outros

objetos disponíveis, com o foco na interação entre a pessoa e o mediador (i.e.: psicomotricista) e numa perspetiva psicoafetiva (Costa, 2005). Para o autor, o jogo simbólico é uma das estratégias mais utilizadas neste tipo de intervenção.

A intervenção de carácter instrumental baseia-se nas situações-problema, visando atingir o sucesso, com a criação de uma relação entre o indivíduo e a ação, aumentando a autoestima e autoconfiança (Fonseca, 1981 *in* Martins, 2001). As situações-problema deverão ser colocadas de forma verbal, quer antes da atividade, quer na avaliação após a atividade (forma de verificar se o desejado correspondeu ao obtido). A demonstração deve ser evitada, de modo a não existir a sistematização dos métodos de imitação (Martins, 2001). Após um período inicial de experiências sensoriomotoras, dá-se início a um período de acesso à capacidade representativa (Martins, 2001).

Assim, a IPM procura atingir uma complementaridade entre as componentes instrumentais, influenciadas pelas linhas cognitivistas e neuropsicológicas, e relacionais, influenciadas por características psicodinâmicas (Fonseca, 2001b), pois, de uma forma geral, quer a intervenção tenha uma componente mais instrumental, quer seja mais relacional, existirá sempre um *espaço psicomotor*, caracterizado por ser um local de prazer a nível sensorial e motor, onde poderão existir jogos simbólicos e que apelem às capacidades representativas (Martins, 2001).

### **3.2 Intervenção Psicomotora na População com DID**

Recentemente, embora esteja definido que o período de desenvolvimento ocorre entre o nascimento e os 18 anos, há investigadores que defendem que a maturação cerebral e a neuroplasticidade continuam após essa fase (Barnhill e McNelis, 2012). No entanto, existe uma contradição intrínseca a tudo isto: o desenvolvimento de uma lesão num cérebro que está em desenvolvimento é algo complexo e pouco conhecido ainda, existindo diferenças neurobiológicas fulcrais entre as lesões nos adultos e nas crianças (especialmente nos períodos críticos de desenvolvimento - Barnhill e McNelis, 2012). Algumas lesões durante a infância são mais favoráveis à intervenção, no entanto, podem existir potenciais limites nas capacidades neurocognitivas posteriores (Barnhill e McNelis, 2012).

A expressão de algumas (dis)capacidades, em função dos valores socioculturais e de acordo com a idade cronológica começa a ter impacto nas práticas, atitudes e intervenções (psicomotoras) com a pessoa com DID (Antunes e Santos, 2015; Jardim e Santos, 2016), através de planos centrados na pessoa e nas suas necessidades de apoio

e não, exclusivamente, nas suas dificuldades (Santos e Morato, 2012; Simões e Santos, 2013). O novo paradigma exige que os programas sejam repensados e delineados de forma a capacitar a pessoa com DID para uma relação ativa com o meio e a promoção do desempenho social, de forma independente (Valente et al., 2012). Desta forma, começou a ter-se mais atenção ao delinear um perfil de necessidades de apoio, assim, com o apoio adequado, o funcionamento do indivíduo, em geral, irá melhorar (Luckasson et al., 2003).

A intervenção deve ser iniciada o mais precocemente possível, assumindo a família um papel preponderante ao longo de todo o processo, como recurso natural e facilitador de aprendizagens funcionais, de acordo com os interesses e idade cronológica, evitando conteúdos desnecessários e desajustados (Simões e Santos, 2013) e comportamentos de superproteção (Santos, 2010), para uma vida funcional e autónoma. A família é uma das componentes mais representativas do envolvimento na vivência diária de qualquer indivíduo (Santos e Santos, 2007), com grande impacto ao nível da qualidade da estimulação proporcionada pelos pais/prestadores de cuidados primários, não só ao nível das competências adaptativas, como também no aumento das relações interpessoais significativas com os pares e outros membros da comunidade, com participação ativa e concreta na mesma, assumindo e valorizando o seu papel na sociedade (Amado, Stancliffe, McCarron e McCallion, 2013).

Esta intervenção precoce, destinada a crianças entre os 0 e os 6 anos, é feita não só com as crianças, mas também com as suas famílias e pessoas importantes, de forma a responder o mais cedo possível às necessidades (temporárias ou permanentes) das crianças com perturbações no desenvolvimento ou em risco de, como consequência de questões orgânicas, psicológicas ou sociais (Martínez e García, 2008).

A IPM pode também ter um papel preventivo e de habilitação, ao potenciar a capacidade adaptativa do indivíduo com DID (Santos, *no prelo*; Valente et al., 2012). Esta intervenção, como apoio, detém também um papel significativo na promoção do funcionamento independente da pessoa com DID, estimulando as competências funcionais e adaptativas e reduzindo os comportamentos desajustados, tendo em conta as expectativas de acordo com a idade cronológica e valores socioculturais (Luckasson et al., 2012; Valente et al., 2012). Os autores lembram a diferença entre auxiliar o indivíduo e fazer pelo próprio, porque o pretendido é apoiar o indivíduo, tornando-o ativo em sociedade e não condicionar as suas capacidades.

As teorias mais recentes ao nível dos direitos, da oportunidade de tomada de decisões, entre outros – ou seja, o empoderamento das pessoas com DID tem determinado a forma, que agora se pretende diferente e inovadora, como os técnicos, enquanto prestadores de cuidados, conduzem a sua atitude e prática profissional, focando-se na otimização dos recursos pessoais e na promoção de uma relação de qualidade entre a pessoa com DID e o seu envolvimento (Santos, *no prelo*). Neste sentido, perspetivou-se uma mudança na terminologia (e.g.: Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012a) e nos processos de avaliação – mais individualizados e priorizando as questões mais prementes e subjacentes à participação social (Santos e Morato, 2012a) com repercussões, que se pretendem positivas, para práticas mais ajustadas e indo ao encontro das características, interesses e aspirações (Schalock et al., 2010) dos clientes, com verdadeiro transfer para a vida diária.

Para Fonseca (2010), a IPM envolve 5 passos fundamentais, sendo a avaliação o primeiro, que serve de base para todas as restantes e que, ao permitir o estabelecimento do perfil funcional individual, oferece pistas para a fase seguinte, i.e., determinação de objetivos e planificação de atividades ajustadas ao caso (clarificando as áreas de atuação, estratégias, duração, frequência e periodicidade das sessões, etc.). Após a operacionalização do programa, que se constitui como quarta etapa, a reavaliação, como consequente monitorização do processo, permitirá a reflexão e a análise da eficácia do programa. Na relação com o trabalho desenvolvido pela estagiária, há que referir que todo o trabalho de planeamento e implementação dos programas psicomotores baseou-se numa avaliação inicial (quantitativa e qualitativa), que permitiu não só o estabelecimento de objetivos reais e prioritários (descritos no próximo capítulo), e, posteriormente, a sua análise, como também serviu de orientação para a intervenção, visando a sua constante adaptação ao cliente (Boscaini, 2004; Fonseca, 2010; Pitteri, 2004). Depois de se determinar o perfil de funcionalidade individual, a intervenção concretizada focou o trabalho basilar ao nível dos fatores psicomotores e das competências adaptativas de vida diária, tendo sido concretizada pela sua funcionalidade e utilidade prática.

A IPM, através de um plano de intervenção com objetivos definidos, que visam a melhor adaptação possível do indivíduo face às suas dificuldades, assume um papel importante, começando a apresentar os primeiros resultados positivos, quer ao nível da otimização dos comportamentos adaptativos e proficiência motora (Antunes e Santos, 2015), quer no âmbito da qualidade de vida (Jardim e Santos, 2016). Por outro lado, a IPM começa a contextualizar a pessoa com DID, atuando como facilitador pessoal e

social, focando-se na independência pessoal (Valente et al., 2012). De uma forma geral, torna-se importante e urgente analisar criticamente, rever e reestruturar as práticas existentes para os indivíduos com DID (Umavedi e Sukumaran, 2012), visando ajudá-los a alcançar uma independência funcional, o principal objetivo da intervenção e da educação especial (Custódio e Santos, 2011).

Resumindo, para a população com DID, a IPM pode funcionar como um serviço/apoio que lhes é prestado, e cada vez mais pertinente, com um carácter habilitativo e reabilitativo, onde se pretende a obtenção de capacidades adaptativas ao envolvimento e às constantes transições na vida diária, próprias do desenvolvimento de uma pessoa (Custódio e Santos, 2011). Ao se potenciarem as capacidades do indivíduo, através da constante relação entre os fatores cognitivos, afetivos e motores pretende-se, simultaneamente, adequar e fazer com o que o indivíduo tenha consciência das respostas motoras dadas, em função do funcionamento intelectual e psicomotor, tendo por base uma rede emocional e afetiva, que irá caracterizar a relação a ser estabelecida com o envolvimento (Custódio e Santos, 2011). Conclui-se, assim, que a IPM consiste “numa medida funcional e multidimensional do desenvolvimento psicomotor e afetivo-relacional de todos os indivíduos” (Custódio e Santos, 2011, p.22), em que a qualidade dos serviços/apoios prestados pelos psicomotricistas, que tem por base as necessidades específicas do indivíduo, pretende o aumento da QdV, devendo auxiliar também na mudança da perspetiva social (Custódio e Santos, 2011).

Tal como referido anteriormente, a IPM é um dos apoios que SCMMP oferece aos seus clientes, como serviço, que visa a melhoria da qualidade de vida dos mesmos e respetivas famílias. Ao longo de todo o ano letivo, e através do movimento e ação na experiência concreta (Valente et al., 2012), a ação da estagiária, em qualquer serviço prestado, teve sempre em conta as necessidades específicas e os gostos de cada cliente, assim como proporcionar bem-estar, pretendendo o alcance da maior autonomia e funcionalidade possíveis, para posterior transfer para as atividades do dia-a-dia, e melhor participação social. Desta forma, as sessões decorreram essencialmente em ginásio/sala terapêutica, para a atividade motora adaptada e caminhadas (também decorrendo no exterior), tanto em contexto grupal como individual, onde os planeamentos de cada sessão tiveram sempre em conta os objetivos previamente definidos, pretendendo desenvolver as diversas capacidades psicomotoras mais fragilizadas. Além da intervenção individual, que ocorreu exclusivamente com o estudo-caso, e que permitiu uma maior incidência e um trabalho mais exaustivo nas dificuldades apresentadas, destaca-se a pertinência de trabalhar no seio de um grupo, pois possibilita não só o

desenvolvimento das capacidades psicomotoras pretendidas, como também estimula as questões de cooperação, cumprimento de regras e interação, inerentes ao contexto grupal.

Relativamente ao tipo de intervenção realizada, instrumental ou relacional, é possível constatar que foi maioritariamente instrumental, existindo sempre um planeamento prévio das sessões, com atividades estruturadas com base nos objetivos a cumprir e que pretendiam a promoção das várias capacidades previamente avaliadas e identificadas (e.g.: equilíbrio). Além disso, existiu também espaço para atividades que promovessem a relação entre os clientes e entre cliente-terapeuta, em que, apesar de se utilizar o corpo como meio de contacto, esta relação entre pessoa e mediador não era o foco principal da intervenção. Destaca-se, no entanto, a importância da utilização do corpo como instrumento no processo interventivo, pois permite uma melhoria da relação com o exterior, i.e., com as pessoas/objetos que nos envolvem, verificando-se que a intervenção realizada vai ao encontro do defendido por Martins (2001), pois, independentemente do tipo de intervenção, existirá sempre o espaço psicomotor, caracterizado por ser um ambiente securizante e de prazer (sensorial e motor).

No que concerne a algumas considerações, a estagiária atentou no respeito do ritmo de desenvolvimento de cada um dos clientes, apostando na necessidade da aprendizagem das habilidades úteis para a vida diária dos mesmos, considerando a expressão das preferências e das expectativas dos clientes e suas famílias. Além disso, o foco centrou-se na experiência concreta e no contexto (Albuquerque, 2005), da otimização dos comportamentos adaptativos (Santos, 2014) para uma participação social que se pretendeu mais visível.

Após a contextualização institucional e teórica, que teve na base de toda a ação da estagiária durante o ano letivo, torna-se pertinente passar então para a descrição da componente prática da mesma, no âmbito da IPM.





---

## **Realização da Prática Profissional**

---



## 4 Prática

No presente capítulo irá ser abordado todo o trabalho realizado no Estágio, ao longo do ano letivo 2016-2017: desde o horário, o número de sessões previstas vs. número de sessões realizadas, as diferenças do papel da estagiária na instituição, passando pela avaliação e até ao estabelecimento de programas de IPM adequados a cada caso, bem como pela descrição dos instrumentos aplicados e todos os procedimentos adotados (e.g.: éticos, avaliação, entre outros), com a apresentação e discussão dos resultados obtidos, visando uma reflexão sobre a intervenção concretizada. Além disso, esta parte termina com a descrição breve de outras atividades que, não fazendo parte diária e integrante do estágio, complementaram a atuação da estagiária.

### 4.1 Horário e Previsão das Sessões

O horário da estagiária foi estabelecido na primeira deslocação à instituição, no início do Estágio, mantendo-se inalterável durante todo o ano letivo: de segunda a quinta-feira, entre as 09h e as 16h, com diversas atividades (tabela 2), tendo sido iniciado formalmente, a 24 de outubro de 2016, respeitando os momentos de interrupção letiva previstas no calendário académico, e terminado a 16 de junho de 2017. Apesar de os horários apresentarem uma componente fixa, por vezes ocorreram algumas alterações, previamente marcadas (e.g.: atividades realizadas no exterior).

**Tabela 2** - Horário da Estagiária ao longo do ano letivo 2016-2017

Hora/dia	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira
09h00-10h00	Espaço MEC*	Espaço MEC	Espaço MEC	Espaço MEC
10h00-11h00	Sala Sensório-Ocupacional	Sala Sensório-Ocupacional	Sala Sensório-Ocupacional	Sala Sensório-Ocupacional
11h00-12h00	Sessão Individual – D.Q.			
12h00-13h00	Almoço			
13h00-14h00	Gabinete Técnico - Planificação	Observação de Sessão Individual	Gabinete Técnico - Planificação	Gabinete Técnico - Planificação
14h00-14h30		Gabinete Técnico - Planificação		Gabinete Técnico/Observação Snoezelen
14h30-15h00	Atletismo	Sessão Individual – D.Q.	Atividade Motora Adaptada	Sessão Individual – D.Q.
15h00-15h30		Gabinete Técnico/Observação Snoezelen		Gabinete Técnico/Observação Snoezelen
15h30-16h00	Gabinete Técnico - Planificação	Gabinete Técnico - Planificação	Gabinete Técnico - Planificação	Gabinete Técnico - Planificação
16h00	Saída			

\*Espaço MEC = Espaço de Motricidade e Estimulação Cognitiva

## 4.2 Número de sessões previstas vs. concretizadas

No âmbito do planeamento das sessões (previstas e realizadas), foi elaborado um calendário inicial (tabela 3).

**Tabela 3** - Sessões previstas vs. concretizadas (AMA e Intervenção Individual)

	Número de sessões previstas	Número de Sessões realizadas
<b>AMA (1 grupo)</b>	20	16
<b>Intervenção Psicomotora Individual (Estudo-caso)</b>	28	22
<b>Caminhada (Estudo-caso)</b>	18	15

De uma forma geral, é possível verificar que a maioria das sessões de AMA decorreu como previsto, e, as que não se concretizaram, estiveram relacionadas com atividades fora do centro (e.g.: realização de trilhos pedestres na natureza; opens de orientação/*peddy-papers*). Relativamente às sessões individuais e à caminhada, verifica-se que as que não se realizaram estiveram maioritariamente relacionadas com faltas da cliente às sessões individuais, ou com outras atividades que decorreram fora do centro e que coincidiram com as sessões (e.g.: torneio de futsal Pico-Faial). Os momentos de avaliação, quer final, quer inicial, que foram realizados por observação direta por parte da estagiária, estão também incluídos no número de sessões realizadas. As atividades que decorreram fora do centro encontrar-se-ão descritas no subcapítulo *Outras Atividades*.

## 4.3 Tipos de intervenção da estagiária

Neste âmbito, procurar-se-á descrever a progressão da atividade profissional desenvolvida pela estagiária ao longo do ano na SCMMP (tabela 4), bem como os principais contextos e grupos de intervenção.

**Tabela 4** - Tipos de intervenção da estagiária

	2016			2017					
	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Observação sistemática									
Observação participada									
Escolha do Estudo de Caso									
Avaliação Inicial e Elaboração do Plano de Intervenção									
Intervenção Psicomotora Individual									
Avaliação Final									
Intervenção Psicomotora em Grupo									

Tal como se pode inferir da tabela 4, numa fase inicial, a atividade da estagiária pautou-se pela observação sistemática não participada, onde se teve a oportunidade de

observar a forma como a instituição e respetivos serviços se organizam, ao mesmo tempo que se recolhia informação sobre os processos de interação entre clientes, e entre técnicos e clientes, bem como as metodologias, técnicas e estratégias utilizadas, o que permitiu um melhor conhecimento e contacto com a forma de trabalho do CAO da SCMMP. A partir de novembro, a estagiária assume um papel mais participativo, que irá aumentar, progressivamente, ao longo do ano letivo, tendo sido responsável, e de forma autónoma, pelo estudo-caso, que foi selecionado com base em critérios de prioridade e necessidade, i.e., a cliente escolhida necessitava da IPM como apoio e esta iria ser iniciada em breve pela psicomotricista da instituição. Ao discutir com a orientadora local, achou-se pertinente a escolha desta cliente para estudo-caso da estagiária.

O processo de avaliação, onde a estagiária fundamentou as suas decisões, envolveu a aplicação de um instrumento de avaliação adequado ao caso e à própria intervenção (psicomotora), destacando-se a Escala de Comportamento Adaptativo – Versão Portuguesa (Santos e Morato, 2004), cuja aplicação e caracterização será descrita mais à frente. Com base nos resultados obtidos, foi delineado e implementado, pela própria estagiária, um programa psicomotor, desde janeiro de 2017 até maio do mesmo ano, sendo que o estágio em si terminou em junho, um mês depois da avaliação final. Este processo de avaliação final objetivou, mais do que a constatação da evolução quantitativa da cliente, a observação crítica e qualitativa, compreendendo a monitorização da intervenção. Os principais objetivos definidos para o caso consideraram não só as características da cliente (e.g.: adequação à respetiva idade cronológica, tarefas dinâmicas e lúcidas, necessidades e capacidades individuais), como, igualmente, os objetivos gerais anteriormente definidos pela própria equipa da SCMMP no início do ano letivo.

#### 4.4 Contextos e Grupos de Intervenção

De uma forma geral, a intervenção da estagiária, à exceção do estudo-caso, incidiu principalmente na intervenção em contexto grupal (tabela 5), podendo destacar-se a Sala Sensorio-Ocupacional, o Espaço Motricidade e Estimulação Cognitiva (Espaço MEC) e a Atividade Motora Adaptada (AMA). Foi possível também à estagiária, durante o ano letivo, observar e prestar apoio no Atletismo (à segunda-feira) e nas sessões de Snoezelen da Psicomotricista da instituição (terça e quinta-feira).

**Tabela 5** - Quadro-resumo dos grupos com que se interveio

Clientes/Grupo	N	Idades	Género	Contexto de Intervenção
<b>Grupo A</b>	19	20-50	Feminino – 10	AMA

			Masculino – 9	
<b>Grupo B</b>	Variável*	18-55	-	Espaço MEC
<b>Grupo C</b>	5	25-56	Feminino – 3 Masculino – 2	Sala Sensório- Ocupacional
<b>Estudo-Caso</b>	1	23	Feminino	Intervenção Psicomotora Individual e Caminhada

\*Todos os clientes da instituição participavam nesta atividade, mas o grupo de clientes apoiado diferia de dia para dia, tal como o N de clientes por dia.

Relativamente à *Sala Sensório-Ocupacional*, o grupo apoiado (tabela 5) era constituído por 5 clientes, que apresentavam um menor nível de autonomia, sendo o apoio prestado pela Psicomotricista da instituição, pela estagiária e por uma Ajudante de Reabilitação. O trabalho desenvolvido com este grupo durante o período de estágio teve por base o Plano de Atividades previamente estabelecido e orientado pela Psicomotricista e pela Diretora Técnica do CAO, sendo composto por diversos objetivos e atividades a desenvolver/cumprir. Com este grupo, foi fundamental o trabalho de um para um, e um acompanhamento constante nas atividades. Os principais objetivos passaram por estimular e consciencializar os sentidos, trabalhar a compreensão verbal e não-verbal, desenvolver as capacidades de atenção e concentração, assim como melhorar a capacidade de compreensão e execução de instruções verbais simples. A nível motor e comportamental era pretendido também melhorar as capacidades de motricidade fina, oponência do polegar e preensão manual, noção corporal, e a diminuição de comportamentos desajustados. O bem-estar e lazer, assim como o relaxamento corporal foram também objetivos pré-estabelecidos a ter em conta durante a intervenção. Destaca-se que no trabalho realizado na sala foram utilizados os materiais e objetos da mesma (e.g.: jogos de encaixe e preensão fina, cubos de madeira, sacos de areia, piscina de bolas, espelho, bolas sensoriais de relevo, colchão, entre outros).

Relativamente à organização do trabalho nesta sala, é possível verificar que a sessão não era estruturada de forma rígida nem decorria sempre nas mesmas condições, i.e., não era necessariamente constituída por diálogo inicial, corpo da sessão, relaxação e diálogo final. Destaca-se aqui a importância das características individuais dos clientes, com impacto no trabalho que viria a ser realizado: o estado emocional e de “alerta” dos mesmos (e.g.: alguns clientes tomavam medicação que, por vezes, os deixava sonolentos); a inexistência de comunicação verbal por parte de três dos cinco clientes, não existindo também por vezes contacto ocular; as dificuldades motoras ou limitações na deslocação, aumentando assim a necessidade de apoio nas tarefas; os

comportamentos de autolesão e estereotípias acentuadas aos quais era preciso um maior cuidado, entre outras. O recurso à música ambiente era frequente, como forma de proporcionar bem-estar e prazer aos clientes, sendo notório o impacto positivo que tinha nos mesmos, possibilitando também o relaxamento. De uma forma geral, dois dos clientes realizavam atividades mais estruturadas, utilizando o material da sala, com o objetivo de manter algumas capacidades (e.g.: motricidade fina). Com os outros três clientes, a intervenção incidia maioritariamente na estimulação sensorial (piscina de bolas, colchão, bolas sensoriais de relevo, espelhos) e tarefas simples (e.g.: manipulação de objetos, agarrar/largar os mesmos).

O trabalho elaborado no *Espaço MEC* teve por base o Plano de Atividades já previamente definido e orientado pela Psicomotricista e pela Diretora Técnica do CAO, decorrendo todas as manhãs, tal como referido anteriormente, sendo que o grupo de clientes apoiado (tabela 5) diferia em cada dia. Durante esta atividade, estavam presentes a Psicomotricista e a estagiária, bem como alguns ajudantes de Reabilitação. Verifica-se que foi principalmente realizado um trabalho “de mesa”, através de atividades para desenvolver a capacidade de memorização, sequencialização e associação (e.g.: atividades de memória, jogos de diferenças), a coordenação óculomanual (e.g.: atividades de recorte, jogos de encaixe), a estruturação espaciotemporal (e.g.: puzzles), o reconhecimento de números e cores, a motricidade fina e atividades do dia-a-dia (e.g.: abotoar e desabotoar botões, atar os sapatos), entre outras. Torna-se importante referir que, ao ser em contexto grupal, houve a possibilidade de se realizarem atividades a pares, permitindo assim uma cooperação e entreaajuda entre os clientes.

Neste espaço, a organização das atividades era flexível, não tendo uma estrutura de sessão propriamente dita, i.e., apesar de existirem objetivos gerais previamente estabelecidos a cumprir, era um espaço que permitia também aos clientes escolher o que pretendiam realizar, dentro do leque de possibilidades apresentado (e.g.: materiais disponíveis). Destaca-se o facto de existir uma continuidade no trabalho, na medida em que, caso um cliente não terminasse a sua tarefa daquele dia, havia a possibilidade de a concluir na próxima vez que frequentasse o espaço. Sempre que existia um evento ou celebração de um dia especial (e.g.: Natal), eram desenvolvidas atividades de acordo com o tema, tendo sempre em conta os objetivos definidos para o espaço, i.e., faziam-se recortes de material para decorar a sala, trabalhando-se assim a motricidade fina e coordenação óculomanual.

No que diz respeito à *AMA*, decorrendo uma vez por semana (quarta-feira), verifica-se que o grupo apoiado era constituído por 19 clientes (tabela 5). As sessões decorreram principalmente no ginásio, acontecendo no exterior, quando possível. O grupo era acompanhado pela Psicomotricista e pela estagiária. Apesar de o planeamento de cada sessão ter sido feito pela estagiária, todo o processo de intervenção decorreu tendo por base o Plano de Atividades previamente definido e orientado pela Psicomotricista e pela Diretora Técnica do CAO. Este foi um espaço onde foi objetivo estimular a interação social, trabalhar o cumprimento de regras e a memorização de tarefas, promover a coordenação motora global, estimular a coordenação óculomanual e óculopodal assim como a noção corporal, desenvolver as diversas aquisições preensíveis (apanhar, agarrar, segurar, lançar), capacitar o aumento da autonomia, autoestima e autoconceito, estimular o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social, promover estilos de vida saudáveis, entre outros. Neste espaço foram utilizados os materiais do ginásio, desde bolas, arcos, barreiras, cordas, sacos de areia, cones, pinos, bastões, colchões, entre outros.

As sessões-tipo do trabalho concretizado nesta atividade (tabela 6) tinham a duração de 80 minutos (aproximadamente) e envolviam as seguintes partes: *diálogo inicial* e registo de presenças, onde era explicada a estrutura da sessão; a *ativação geral*, sendo realizadas atividades de mobilização articular e deslocações, objetivando o aquecimento dos grandes grupos musculares; o *corpo da sessão*, onde era realizado, geralmente, o circuito psicomotor, organizado por estações, em que, por norma, o grupo era dividido em dois subgrupos, como estratégia, dada a extensão do grupo, evitando também assim o tempo de espera; a *relaxação/retorno à calma*, consistindo num período que objetivava a regularização do ritmo respiratório e a descontração dos músculos, permitindo assim o retorno à calma; e, por fim, o *diálogo final*, tempo este que permitia aos clientes refletirem sobre toda a sessão, sendo questionada a sua opinião sobre o que foi realizado, quais as atividades que mais gostaram e aquelas em que sentiram maior/menor dificuldade.



Tabela 6 - Sessão-tipo do Programa de Intervenção Psicomotora em grupo (AMA)

Sessão de AMA: n.º 37					
Participantes previstos: 18 Participantes presentes: 13				Local: Ginásio do CAO	
Data: 29.03.2017 Duração: ±80 minutos (14h-15h20)				Orientação da Sessão: Simone Amorim	
Atividade		Tempo (mins.)	Material	Objetivos	Estratégias/ Observações
Ativação Geral	1. Ao longo do ginásio, os clientes encontram-se dispostos de forma dispersa. A atividade consiste em deslocar-se pelo espaço, de diversas formas: pontas de pés, sobre os calcanhares, passada curta, passada longa, de costas/lado, depressa, devagar, entre outras.	10	- Música	- Ativação dos grandes músculos dos membros superiores e inferiores; - Estimular a capacidade de iniciativa;	- Instrução verbal com demonstração - A estagiária desloca-se no espaço, realizando as atividades com clientes; - Realizar a atividade com o cliente, como incentivo
	2. <b>Atividade livre:</b> questionar os clientes se há alguma atividade/jogo que queiram realizar.		-	- Promover a coordenação motora global.	
Circuito Psicomotor	1. Será colocada uma corda esticada, em linha reta, no chão. A atividade consiste em realizar saltos a pés juntos, alternando entre frente e trás (da corda), deslocando-se para a esquerda, com as mãos na cintura e mantendo uma postura de costas correta.	50	- Música ambiente; - 6 barreiras; - 2 cordas; - 2 bolas de futsal; - 6 cones sinalizadores; - 2 arcos; - 4 bastões com base; - 2 sacos de areia.	- Promover o equilíbrio dinâmico; - Estimular a coordenação motora global; - Promover a coordenação óculomanual e óculopodal.	- Ao longo da atividade, vão sendo dados feedbacks verbais e corretivos, sempre que necessário; - Dividir em subgrupos para realizar a atividade em simultâneo, reduzindo assim o tempo de espera; - Apoio físico
	2. Estarão dispostas 3 barreiras, devidamente distanciadas entre si. A atividade consiste em transpor as barreiras, com alternância de pés, realizando a flexão da coxa e consequente elevação do joelho.				
	3. Estarão dispostos 3 cones sinalizadores no chão. Com uma bola de futsal, a atividade consiste em conduzir a bola com o pé, contornando os cones em ziguezague.				

**Tabela 6 (cont.)** - Sessão-tipo do Programa de Intervenção Psicomotora em grupo (AMA)

	4. A uma determinada altura do chão, fixo em dois bastões, estará colocado um arco. A atividade passa por fazer o lançamento do saco de areia (por cima), acertando com este dentro do arco.				
Relaxação	1. Serão dispostos colchões no chão, por todo o espaço do ginásio, um para cada cliente. Deitados sobre o colchão, a atividade passará por retornar à calma, regulando o ritmo respiratório, contraindo/descontraindo os músculos das diversas partes do corpo que vão sendo nomeadas pela estagiária (e.g.: face, braço, perna).	15	- Música ambiente; - 18 colchões.	- Descontração Muscular; - Regulação da respiração; - Estimular a noção corporal.	
Diálogo Final	1. Será questionado a todos os clientes o que mais/menos gostaram da sessão, em que atividade sentiram mais/menos dificuldade.	5	-	- Perceber a opinião dos clientes sobre a sessão.	

De seguida, será descrito e caracterizado o estudo-caso, assim como todos os aspetos relativos aos procedimentos éticos e às condições de aplicação do instrumento de avaliação, que esteve na base do desenvolvimento do processo de intervenção e consequente estabelecimento de objetivos. Neste momento, é importante realçar que, embora a estagiária tenha intervindo com diversos grupos de clientes, por motivos de páginas, apenas será apresentado, com algum pormenor, o estudo de caso, que servirá, assim, de exemplo de todo o processo de estágio.

## 5 Estudo-caso

### 5.1 Amostra

A cliente D. é do género feminino e reside em Santa Luzia, na ilha da Pico (meio rural), vivendo com a mãe, o pai e o irmão (mais novo). Nasceu a 28 de fevereiro de 1993, na cidade da Horta, tendo 23 anos e 10 meses aquando do momento da avaliação inicial. Além da Paralisia Cerebral com hemiplegia do lado direito, detetada entre os 6 e os 8 meses de idade, tem também o diagnóstico de Epilepsia, encontrando-se medicada desde os 11 anos.

Frequentou a escola durante a infância e a adolescência (não tendo concluído) e, atualmente, frequenta o CAO da SCMMP. Para se deslocar para a instituição e regressar a casa, a D. usufrui da carrinha da Santa Casa da Misericórdia de São Roque do Pico. Na tabela 7, apresenta-se a semana-tipo da cliente, sendo que as atividades que se encontram sublinhadas são as que têm intervenção direta da estagiária.

**Tabela 7** - Semana-tipo da cliente do Estudo-caso

Horas/dias	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h00-10h00	Sessão de Psicologia	<u>Espaço MEC</u>	Desenvolvimento Pessoal e Social (DPS)	Dança Contemporânea	Espaço MEC
10h00	Merenda da Manhã				
10h15-11h00	Sala Ecológica	Sala Ecológica	Sala Ecológica	Sala Ecológica	Oficina de Artes e Decoração
11h15-12h00	<u>Intervenção Psicomotora</u>				
12h15-13h00	Almoço				
13h00-14h00	Atelier de Educação Sexual	Dança Contemporânea	Atelier de Língua Gestual	Alfabetização e Informática	Atividade Motora Adaptada (AMA)
14h00-14h30				<u>Intervenção Psicomotora</u>	
14h30-15h00	Oficia de Artes e Decoração	<u>Intervenção Psicomotora – Caminhada</u>	<u>Atividade Motora Adaptada (AMA)</u>	Oficia de Artes e Decoração	Oficia de Artes e Decoração
15h00-15h30		Oficia de Artes e Decoração			
15h45-16h00	Merenda da Tarde				
16h00	Regresso a Casa				

De uma forma geral, e contextualizando a D., verifica-se que sabe ler, escrever, embora que, com alguns erros, apresentando também algumas capacidades

matemáticas (e.g.: consegue realizar contas simples de adição e subtração). Apesar da paralisia evidente do lado direito, desloca-se de forma autónoma, apresentando, no entanto, algumas dificuldades, e consequente necessidade de apoio, em subir/descer escadas (e.g.: corrimão), com alternância dos pés e saltar. O seu discurso é coerente e fluido, conseguindo expressar de forma clara e objetiva aquilo que pretende, dá a sua opinião sobre o envolvimento ou qualquer assunto que seja questionado, expressando também os seus gostos. É uma pessoa com boas capacidades sociais e que gosta de interagir com as pessoas, apresentando uma capacidade positiva de saber estar e agir em sociedade, de acordo com as regras que esta impõe. Gosta de ouvir música e conversar com os amigos, tem um telemóvel e sabe utilizá-lo de forma recreativa, acedendo às redes sociais (e.g.: Facebook). Relativamente à aparência, apesar do ligeiro excesso de peso, verifica-se que a D. é cuidada e que gosta de se vestir/arranjar de acordo com as ocasiões. Torna-se importante referir que há cerca de um ano (aquando da avaliação inicial) foi diagnosticado à D. um problema do foro oncológico (linfoma), tendo esta sido sujeita a tratamentos, encontrando-se em período de remissão, com alguns cuidados a ter (e.g.: evitar a exposição ao sol), estando a ser acompanhada regularmente.

## **5.2 Instrumento de Avaliação**

O instrumento selecionado, e o que pareceu mais adaptado e adequado à população com quem se interveio, sendo bastante completo e possibilitando o estabelecimento de um perfil funcional global (em vários domínios), foi a Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa [ECAP] (Santos e Morato, 2004), cujo principal objetivo é avaliar o funcionamento independente, a responsabilidade pessoal e social de pessoas dos 6 aos 60 anos, com DID (Santos e Morato, 2012b; Santos, Morato e Luckasson, 2014) e cuja análise dos resultados permite contextualizar melhor a pessoa de acordo com os valores socioculturais da comunidade onde se insere. Assim, ao identificar as áreas fortes e a promover, fornece informações essenciais, auxiliando na elaboração dos planos habilitativos e treino de competências (Santos e Morato, 2012d; Santos et al., 2014).

A ECAP encontra-se dividida em duas partes (Santos et al., 2014). A *Primeira Parte* está direcionada para as questões relacionadas com a independência pessoal, avaliando 10 domínios distintos: funcionamento independente, desenvolvimento físico, atividade económica, desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade doméstica, atividade pré-profissional, auto-direção, responsabilidade e socialização

(Santos et al., 2014), e a *Segunda Parte* centra-se nos comportamentos desajustados: comportamentos sociais, conformidade, confiabilidade, comportamentos estereotipados e hiperativos, comportamentos autoabusivos, comportamentos sexuais, comprometimento social e comportamentos interpessoais perturbadores (Santos et al., 2014).

Na parte I, a forma como os itens são respondidos pode assumir duas formas distintas: classificar o nível mais alto de CA; ou uma *checklist* de sim ou não, sendo somados no final, originando então a pontuação por item (Santos et al., 2014). Na segunda parte, as respostas aos itens estão relacionadas com a frequência com que os comportamentos identificados ocorrem, i.e., nunca, ocasionalmente ou frequentemente (Santos et al., 2014).

Verifica-se assim a importância da utilização da ECAP para avaliar o verdadeiro nível de CA, possibilitando a orientação para o desenvolvimento de um plano e estratégias individualizados, centrados no próprio indivíduo com DID (Santos et al., 2014). É uma escala que permite também avaliar a eficácia da intervenção realizada, ao possibilitar a comparação dos resultados, ao longo do tempo, nos diferentes momentos de avaliação (Santos et al., 2014).

No âmbito das suas propriedades métricas, a versão portuguesa revelou qualidades adequadas, quer ao nível da validade de conteúdo (i.e., abordagem descritiva e empírica, grupos focais), da fiabilidade, apresentando valores de consistência interna, pelo alfa de Cronbach, entre .80 e .97, e com coeficientes de correlação de Pearson, na parte I, entre .40 e .81, e de validade de constructo, onde se constatou a sua multidimensionalidade com três componentes da parte I a explicar cerca de 56% da variância total (Santos et al., 2014). Além disso, e no estudo comparativo entre pessoas com e sem DID, a escala foi capaz de discriminar indivíduos com e sem DID ( $p < 0.1$ ) (Santos, 2014; Santos et al., 2014).

### **5.3 Procedimentos**

Antes de se iniciar todo o processo de avaliação e recolha de informação, foi pedida autorização à diretora do CAO, para que a estagiária tivesse acesso ao processo e informações da cliente, garantindo-se que qualquer informação pessoal seria anónima, utilizada apenas para fins institucionais e académicos. Foi possível também obter algumas informações pessoais sobre a D. junto dos técnicos da instituição, com intuito de contextualizar a cliente, no seio familiar e institucional, visando perceber a sua história pessoal e características (e.g.: diagnóstico, situação familiar). Após a recolha das

informações, procedeu-se à avaliação da D., que também deu o seu consentimento, para identificação das áreas fortes e a promover.

A aplicação da ECAP, em ambos os momentos de avaliação (inicial e final), decorreu nas instalações do CAO, durante o horário de funcionamento do mesmo. Dadas as características da escala, com a recolha de informação em vários domínios da vida diária (e.g.: ser respondida por um técnico ou familiar que conheça bem o avaliado e em diversos contextos), e a extensibilidade da mesma, a informação obtida na avaliação inicial proveio de duas formas distintas e em momentos diferentes: aplicação a dois técnicos, uma Psicomotricista e uma Professora de Educação Especial; e observação direta da cliente, por parte da estagiária, em algumas componentes (e.g.: desenvolvimento motor, componente dos números e tempo).

Na primeira parte da avaliação, foram aplicadas à Psicomotricista as seguintes questões relativas à primeira parte da ECAP: os Domínios de Autonomia (itens 4 a 10, 12 a 24), Desenvolvimento Físico (itens 25 e 26) Atividade Económica, Desenvolvimento da Linguagem (itens 39 a 42 e 47), Atividade Doméstica (itens 52 a 57), Atividade Pré-Profissional, Personalidade, Responsabilidade e Socialização. Os itens 1 a 3 e o item 11 do domínio da Autonomia, bem como os itens 27 a 32 do Desenvolvimento Físico, e os itens 50 e 51 do domínio Números e Tempo foram avaliados por observação direta, por parte da estagiária. Por fim, os itens 43 a 46 e o item 48 do Desenvolvimento da Linguagem, assim como o item 49 no domínio Números e Tempo foram avaliados pela Professora.

Relativamente à avaliação final, verifica-se que o preenchimento da escala e informação obtida proveio também de duas formas distintas: tal como na avaliação inicial, os itens 43 a 46 e o item 48 do Desenvolvimento da Linguagem, assim como o item 49 no domínio Números e Tempo foram avaliados pela Professora; e os restantes itens foram preenchidos pela estagiária, visto que esta já tinha contacto regular com a cliente avaliada, tendo uma ideia clara e conhecedora das competências da mesma. O tratamento dos resultados obtidos será feito de forma qualitativa, através da comparação entre avaliação inicial e a final, tentando perceber até que ponto a intervenção concretizada atuou como um apoio eficaz no processo de aprendizagem da cliente.

## **5.4 Perfil Intraindividual e Programa Psicomotor**

Os resultados dos dois momentos de avaliação são apresentados na tabela 10, procedendo-se, posteriormente, à sua discussão e análise. Neste sentido, é em seguida

apresentado o perfil individual da D., decorrente da avaliação inicial, cujos resultados serviram de base para a elaboração do programa psicomotor a implementar. Para o estabelecimento das áreas a trabalhar, priorizaram-se as próprias características do indivíduo (e.g.: idade cronológica, capacidades e necessidades), bem como as suas preferências e interesses.

De uma forma geral, a D. denotava um bom nível (geral) de autonomia, apesar de algumas dificuldades em tarefas de vida diária relacionadas com a alimentação, higiene pessoal, vestuário e utilização de alguns serviços na comunidade. No âmbito do desenvolvimento físico, as maiores necessidades de apoio situavam-se ao nível do equilíbrio e alterações na marcha, associado à tendência para a hipertonia, relacionadas com o diagnóstico de PC. Relativamente ao domínio da atividade económica, a D. apresenta um nível de autonomia reduzido, não sabendo manusear corretamente o dinheiro, não sendo também responsável por gerir o próprio dinheiro. No âmbito da atividade doméstica, é possível constatar que a D. não participa na lavagem da roupa nem confeção dos alimentos. Nos domínios da linguagem, números e tempo, atividade pré-profissional, personalidade e responsabilidade, é possível constatar que não existem grandes necessidades de apoio.

Ao analisar os dados obtidos aquando da avaliação inicial, verificou-se que as áreas mais fortes da D. são o desenvolvimento da linguagem, números e tempo, atividade pré-profissional, personalidade e responsabilidade. Pôde constatar-se, ainda, que as áreas a promover passam por alguns itens da autonomia, desenvolvimento físico, atividade económica e atividade doméstica.

#### **5.4.1 Plano de Intervenção**

De acordo com os dados obtidos, definiram-se as áreas a trabalhar: autonomia, equilíbrio estático e dinâmico, atividade económica e números, bem como a minimização de alguns comportamentos desajustados. É de relembrar que a D. usufrui do apoio da psicóloga do CAO, onde trabalha também as questões relativas aos comportamentos desajustados. No entanto, e baseada no princípio que a intervenção não se pode limitar apenas às áreas menos fortes, para evitar a frustração/negação de participação nas sessões, a intervenção psicomotora centrou-se em atividades funcionais e lúdicas, e em aquisições cooperativas, concretas e interativas, no acesso ao sucesso na aprendizagem e aquisição de novas competências.



Para se poder definir o plano de intervenção, considerou-se a idade cronológica da D., os seus interesses e áreas que considera pertinentes na sua vida, tendo a própria revelado alguns que pretendia trabalhar, priorizando-se assim: a atividade económica e os números e tempo, com especial destaque para algumas operações matemáticas (e.g.: multiplicação) (tabela 8). Tendo em conta o historial médico da D., considerou-se pertinente incidir sobre a parte da condição física, i.e., diminuir o sedentarismo, dado o aumento de peso corporal significativo nos últimos meses, com impacto em algumas competências motoras agora mais comprometidas (e.g.: destreza motora e mobilidade). Neste âmbito, iniciaram-se então caminhadas semanais (30 minutos).

**Tabela 8 - Objetivos de Intervenção**

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Proporcionar o bem-estar da cliente</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Obter a relaxação do tônus muscular nos vários segmentos corporais;</li> <li>- Realizar uma atividade física;</li> <li>- Melhorar a condição física</li> </ul>
<b>Promover o desenvolvimento pessoal e social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar competências de cooperação no seio do grupo;</li> <li>- Compreender regras sociais.</li> </ul>
<b>Desenvolver a componente monetária</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a capacidade de noção monetária;</li> <li>- Melhorar a noção de gestão do dinheiro.</li> </ul>
<b>Promover a capacidade matemática</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perceber o conceito de multiplicação;</li> <li>- Resolver cálculos de multiplicação.</li> </ul>
<b>Promover o desenvolvimento físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a coordenação óculopodal e óculomanual;</li> <li>- Corrigir posturas motoras incorretas;</li> <li>- Melhorar o controlo dos segmentos corporais;</li> <li>- Trabalhar a marcha;</li> <li>- Melhorar a amplitude e precisão dos movimentos dos membros.</li> </ul>
<b>Desenvolver o equilíbrio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o equilíbrio estático;</li> <li>- Melhorar o equilíbrio dinâmico;</li> <li>- Aumentar o equilíbrio unipodal e bipodal.</li> </ul>

Para a estimulação destas competências e comportamentos, visando o seu transfer para as atividades de vida diária, dinamizaram-se sessões individuais (tabela 9) e caminhadas, para as capacidades mais específicas (e.g.: equilíbrio, noção monetária), e atividades integradas no seio de um grupo (AMA), tais como atividades de cooperação, onde a D. terá oportunidade de interagir com os colegas. Torna-se importante referir que o grau de dificuldade das atividades realizadas foi aumentando, à medida que a D. ia mostrando evoluções nas competências identificadas, i.e., mantendo a mesma atividade base, o nível de dificuldade dentro da mesma ia aumentando. De uma forma geral, o processo de intervenção pretende melhorar a qualidade de vida e a autonomia da D. assim como proporcionar momentos de bem-estar.



Tabela 9 - Sessão-tipo de Programa de Intervenção Psicomotora (Individual)

Sessão Individual: n.º 13			Data: 17.04.2017	Local: Ginásio do CAO	
Duração: ±45 minutos (11h-11h45)				Orientação da Sessão: Simone Amorim	
Atividade		Tempo (mins.)	Material	Objetivos	Estratégias/ Observações
Ativação Geral	1. Ao longo do ginásio, a cliente irá deslocar-se pelo espaço, dançando ao ritmo da música, de forma livre. De seguida, terá de se deslocar pelo espaço, de diversas formas: pontas de pés, sobre os calcanhares, passada curta, passada longa, de costas, de lado, entre outras.	8	- Música	- Ativação dos grandes músculos dos membros superiores e inferiores; - Promover a coordenação motora global.	- Instrução verbal seguida de demonstração; - A estagiária desloca-se ao longo do espaço, realizando a atividade com a cliente;  - Realizar a atividade em conjunto com a cliente quando esta para de a realizar, como forma de incentivo.
	2. Mobilização articular dos diferentes segmentos corporais (e.g.: rodar os braços, joelhos, pés).		-		
Circuito Psicomotor	1. No chão, serão colocadas duas cordas, em paralelo (esticadas). A atividade consiste em andar entre as cordas, de costas, levando uma bola de basquetebol na mão esquerda (braço ligeiramente em extensão).	20	- Música ambiente - 2 cordas - 1 bola de basquetebol - 6 arcos - 7 cones sinalizadores - 1 bola de basquetebol - 1 bola de futsal - 3 barreiras (baixas).	- Melhorar o controlo dos segmentos corporais; - Estimular a destreza motora; - Melhorar o equilíbrio dinâmico; - Estimular a coordenação óculomanual e óculopodal.	- Ao longo de toda a atividade, vão sendo dados feedbacks verbais e corretivos, sempre que necessário; - Apoio físico.
	2. No chão estarão 6 arcos, afastados entre si (em ziguezague). A atividade consiste em deslocar-se, colocando apenas um pé dentro de cada arco.				
	3. Estarão colocados no chão 2 cones sinalizadores, afastados entre si (em linha reta). A atividade consiste em deslocar-se entre os cones, andando e driblando uma bola de basquetebol em simultâneo.				

**Tabela 9 (cont)** - Sessão-tipo de Programa de Intervenção Psicomotora (Individual)

	4. No chão irão estar colocados, em linha reta e ligeiramente afastados, 5 pinos sinalizadores. Com uma bola de futsal, a atividade consiste em contornar os pinos, em ziguezague, deslocando a bola com os pés.				
	5. Distanciadas entre si, no chão, estarão colocadas 3 barreiras (das mais baixas). A atividade consiste em transpor as barreiras, com elevação do joelho e consequente flexão da coxa.				
Relaxação	1. Será colocado no chão um colchão. Deitada sobre o colchão, a atividade passará por retornar à calma, regulando o ritmo respiratório através da inspiração-expiração profunda. De seguida, será pedido à cliente que realize a contração-descontração dos diferentes segmentos corporais, à medida que a estagiária os for nomeando (e.g.: braço, perna).	10	- Música ambiente; - 1 colchão.	- Regulação da respiração; - Obter a relaxação do tônus muscular nos vários segmentos corporais.	
Diálogo Final	1. Será questionado o que mais/menos gostou da sessão, assim como a atividade em que atividade sentiu maior/menor dificuldade.	2	-	- Perceber a opinião da cliente sobre a sessão.	

Nas sessões de psicomotricidade individual, a estrutura foi semelhante do início ao fim da intervenção: *diálogo inicial* abordando-se o conteúdo da sessão; *ativação geral*, para a mobilização das articulações e aquecimento dos grandes grupos musculares; *corpo da sessão/circuito psicomotor*, sendo realizadas as atividades tendo em conta os objetivos definidos como resultado da avaliação inicial; *relaxação*, sendo um momento de retorno à calma, regulação da respiração e descontração muscular; e, por fim, o *diálogo final*, com o intuito de questionar a opinião da cliente sobre a sessão, i.e., o que mais/menos gostou, quais as atividades em que sentiu maior/menor dificuldade. Tal como referido anteriormente, na descrição da AMA, os materiais utilizados foram os existentes no ginásio da instituição. Os principais objetivos a serem desenvolvidos, e por ser um

espaço onde era possível prestar um apoio mais individualizado, foram os relativos ao desenvolvimento físico, equilíbrio, componente monetária e bem-estar da cliente.

### 5.4.2 Apresentação e Discussão de Resultados

Após ser concluído o processo de intervenção, foi realizada então a avaliação final, utilizando o mesmo instrumento da avaliação inicial (ECAP), de forma a perceber e constatar o resultado de todo o processo interventivo (e.g.: cumprimento dos objetivos estabelecidos no plano de intervenção). Neste sentido, iremos proceder à apresentação dos resultados obtidos pela D. nos dois momentos de avaliação (tabela 10), bem como à discussão dos mesmos não só ao nível da qualidade de desempenho psicomotor da cliente, bem como tentando refletir sobre a atuação da estagiária. De uma forma geral, é possível verificar que não existiram muitas variações na cotação da escala entre os dois momentos de avaliação, sendo importante ter em conta que o tempo de intervenção, limitado ao período do ano letivo, é reduzido para se verificarem alterações a longo prazo. No entanto, é possível destacar as melhorias nos domínios do Desenvolvimento Físico e da Atividade Económica.

**Tabela 10** - Valores obtidos pela D. na ECAP, nos dois momentos de avaliação (inicial e final)

Domínios da Parte I da ECAP		Avaliação Inicial	Valor Máximo	Avaliação Final
I.	Autonomia	98	130	98
II.	Desenvolvimento Físico	29	38	31
III.	Atividade Económica	16	30	18
IV.	Desenvolvimento da linguagem	46	50	46
V.	Números e Tempo	18	20	18
VI.	Atividade Doméstica	13	25	13
VII.	Atividade Pré-Profissional	10	11	10
VIII.	Personalidade	20	23	20
IX.	Responsabilidade	10	11	10
X.	Socialização	23	27	23
Domínios da Parte II da ECAP				
XI.	Comportamento Social	9	92	9
XII.	Conformidade	0	66	0
XII.	Merecedor de Confiança	1	60	1
XIV.	C.Estereotipado e Hiperativo	1	98	1
XV.	Comportamento Sexual	0	46	0
XVI.	Comportamento Auto-Abusivo	0	52	0
XVII.	Ajustamento Social	0	46	0
XVIII.	Comportamento Interpessoal Perturbado	2	72	2

### **5.4.3 Primeira Parte**

Em alguns domínios da presente parte, apesar de quantitativamente não se terem observado alterações nas pontuações, do ponto de vista qualitativo, as mesmas foram constatadas.

#### **5.4.3.1 Domínio da Autonomia**

De uma forma geral, e no momento da avaliação inicial, a D. denotava um nível de autonomia elevado, apesar de não comer com faca e garfo, não conseguir manter as unhas limpas por si própria nem pentear o cabelo sem ajuda. Relativamente à postura, a D. arrastava ligeiramente um pé ao andar, e marchava com as pontas dos pés viradas para fora. Na questão do vestuário, apenas não pendurava a roupa por iniciativa, sendo necessário dizer-lhe para o fazer, não participando também na lavagem da roupa. Nos itens do vestir/despir, constatava-se que a D. o faz, mas com ajuda (e.g.: ao abotoar, correr o fecho), necessitando de apoio também para calçar e apertar os atacadores. No item de avaliação da deslocação não anda de avião nem de comboio sozinha e em longas distâncias, não sendo no entanto, prioritária, a estimulação destas competências. A D. não pode ir e voltar para a instituição de forma autónoma, não tem carta de condução nem se desloca de forma autónoma para as atividades de recreação, apesar de ter consciência dos possíveis perigos. A D. apesar de saber utilizar o telemóvel, não utiliza a lista telefónica. Finalmente, não conhece franquias, não compra selos nos correios e não trata ferimentos simples. Na avaliação final verifica-se que todos os parâmetros avaliados se mantêm inalterados.

Este tipo de limitações é apontado a nível nacional em vários estudos (e.g.: Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato, 2012e) constatando-se a não estimulação de competências de deslocação autónoma, optando-se antes por outras alternativas (i.e.: transporte pelos próprios pais ou pela carrinha da instituição). Esta tendência é explicada pelos autores pelo compromisso cognitivo, pela superproteção e desresponsabilização, acabando por ser os cuidadores a assumir este tipo de tarefas. Por outro lado, a manutenção dos valores no domínio da autonomia, apesar de quantitativamente não se terem observado alterações nas pontuações, do ponto de vista qualitativo, as mesmas foram constatadas.

#### **5.4.3.2 Domínio do Desenvolvimento Físico**

A D. não apresenta dificuldades em ver (utiliza óculos) nem ouvir, denota alguma tendência para a hipertonia, não sobe/desce as escadas sem apoio, nem faz alternância

dos pés, e não consegue saltar sozinha. A D. tem a lateralidade bem definida, sendo capaz de manipular objetos (e.g.: recortar com tesoura), com oponência do polegar, não sendo capaz de transferir um objeto de uma mão para a outra. A D. apenas utiliza de forma funcional o braço e a perna do lado esquerdo. Na avaliação final verificaram-se algumas alterações, na medida em que a D., relativamente ao equilíbrio, já consegue manter-se apoiada num pé durante 2 segundos (quando solicitado), e já consegue também realizar o movimento de saltar, embora com algumas limitações.

As dificuldades motoras e posturais existentes são características do diagnóstico de PC, como foi descrito anteriormente por diversos autores (e.g.: Mantovani, 2007; OMS, 2001), sendo que esta perturbação afeta o desenvolvimento neurológico e apresenta limitações musculoesqueléticas, com dificuldades que se expressam no envolvimento, limitando as atividades e restringindo a participação (Mantovani, 2007; OMS, 2001). A questão do equilíbrio foi objeto de intervenção do plano elaborado previamente, tendo sido obtidos resultados significativos e com impacto positivo na melhoria da autonomia e QdV (e.g.: maior facilidade em entrar na carrinha de transporte, em subir escadas).

#### ***5.4.3.3 Domínio da Atividade Económica***

A D. reconhece as notas, mantém uma conta com ajuda, reconhece e tem um cartão multibanco, mas não o sabe utilizar. Não utiliza os serviços bancários de forma independente, não preenche os impressos de depósito e levantamento nem passa/endossa cheques, mas transporta a identificação apropriada (Cartão de Cidadão) e é capaz de poupar dinheiro com um objetivo particular e gastá-lo obedecendo a uma determinada planificação, apesar de não fazer estimativas dos preços (e.g.: bilhetes, refeições), nem controlar a maioria das suas despesas. A D. faz recados e compras sob pequena supervisão. Na avaliação final, a grande maioria dos parâmetros avaliados mantém-se igual, verificando-se uma evolução, no que diz respeito ao manusear dinheiro, sendo que já é capaz de somar moedas até perfazer a quantia de 5€, tendo sido uma questão trabalhada ao longo da intervenção.

A atividade económica é um dos domínios onde as pessoas com DID denotam maiores necessidades de apoio (Santos e Morato, 2012e), sendo uma das tarefas que os prestadores de cuidados tendem a assumir desde cedo e desvalorizam a sua estimulação com pessoas com DID, apesar deste tipo de competências ser fundamental para a participação social efetiva (Simões e Santos, 2013). A competência relativa ao conhecimento do dinheiro e noção de gestão monetária foi objetivo de intervenção, por

ser um interesse da D. que pretendia conhecer melhor o Euro e as notas/moedas que o compõem, assim como perceber melhor o seu funcionamento.

#### ***5.4.3.4 Domínio do Desenvolvimento da Linguagem***

A D. utiliza o verbo nas frases complexas que incluem termos como “porque” e “mas”, apresentando um discurso articulado e enquadrado no contexto, sendo fácil de ser entendido. A D. é capaz de agarrar a caneta/lápis, conseguindo escrever memorandos ou notas curtas, de forma legível, compreendendo instruções complexas e que envolvem uma decisão (e.g.: “se... faz isto, mas se não, não faz...”), conseguindo ler histórias simples, jornais ou banda desenhada. Cumprimenta os outros de forma adequada, utilizando frases como “Por favor” e “Obrigado”, sendo sociável, e respeita as regras implícitas a uma conversa, falando com os outros de desporto, família, atividades de grupo, sendo capaz também de exprimir as ideias (e.g.: sentimentos e necessidades) de forma clara. Não lê livros, jornais ou revistas por prazer nem preenche a maioria dos itens de impressos bastante bem. Na avaliação final verifica-se que não houve alterações quantitativas na pontuação dos itens avaliados.

#### ***5.4.3.5 Domínio Números e Tempo***

A D. faz subtrações simples e consegue dizer as horas com precisão até ao minuto, num relógio (analógico e digital), compreendendo intervalos de tempo e equivalências das horas, relacionando as horas com várias ações. Denota uma boa capacidade a nível temporal (e.g.: nomeia dias, meses e estações do ano, sabe a data atual, etc.). Na avaliação final do presente domínio, constata-se que não existiram alterações nos subdomínios avaliados, no entanto, a questão dos números foi trabalhada através do plano de intervenção, ao nível das contas de multiplicação, que era um interesse da cliente.

#### ***5.4.3.6 Domínio Atividade Doméstica***

A D. limpa por iniciativa o próprio espaço, apesar de, tal como referido anteriormente, não participar na lavagem da roupa. Sabe colocar a mesa e levanta-la e consegue preparar refeições simples que não exigem preparação ou confeção (e.g.: sandes). Além disso ajuda nas tarefas domésticas (e.g.: lava os pratos). Na avaliação final, é possível verificar que os domínios avaliados se mantêm inalterados.

Acredita-se que sejam tarefas nas quais tem competências para participar, no entanto, é a família que se responsabiliza por essas questões. Esta tendência é explicada por diversos autores (e.g.: Santos, 2014; Santos e Morato, 2002; Santos e Morato,

2012e) pelo compromisso cognitivo, pela superproteção e desresponsabilização, acabando por ser os cuidadores a assumir este tipo de tarefas.

#### **5.4.3.7 Domínio Atividade Pré-Profissional**

A D. realiza trabalho simples (e.g.: despejar o lixo), sendo cautelosa, produtiva e organizada no trabalho. Além disso, é pontal e assídua, não necessitando de muita supervisão para a concretização das tarefas. Na avaliação final, constata-se que as questões avaliadas se mantêm iguais aquando da avaliação inicial. Este é um domínio onde a D. apresenta níveis positivos de autonomia, não tendo sido objetivo de intervenção do plano psicomotor, apesar de serem questões diariamente trabalhadas na instituição (indiretamente), nas diversas atividades em que participa (e.g.: trabalhos manuais na Oficina de Artes e Decoração).

#### **5.4.3.8 Domínio Personalidade**

A D. inicia a maioria das suas atividades (e.g.: jogos, tarefas, etc.), não necessita de reforço/estímulo constante, mantendo a atenção e motivação nas tarefas, denotando interesse, o que vai contra alguns estudos que referem que os indivíduos com DID apresentam dificuldades em manter e relembrar determinadas informações e em sustentar o foco da atenção de forma adequada para a tarefa em questão (Carlin, 2012). Os movimentos são funcionais e ajustados. Verifica-se também que denota interesse ativo nos seus passatempos. Na avaliação final, é possível verificar que não existiram quaisquer alterações nos comportamentos avaliados.

#### **5.4.3.9 Domínio Responsabilidade**

A D., de uma forma geral, é responsável, tomando conta dos seus pertences e dos outros, mantém o autocontrolo, informando das suas necessidades e procurando ajuda quando é necessário. Não assume, contudo, a responsabilidade das suas ações (e.g.: Burack et al., 1998; Fernández et al., 2018). Na avaliação final, a pontuação obtida foi igual à obtida aquando da avaliação inicial, havendo necessidade de se continuar a estimular o assumir a responsabilidade pelas próprias ações.

#### **5.4.3.10 Domínio Socialização**

A D. tem consideração pelos outros, ajudando sempre que necessário, ao mesmo tempo que reconhece pessoas familiares e não familiares. Verifica-se que interage com os outros em jogos/atividades de grupo, sendo líder e organizadora, espera pela sua vez, é capaz de partilhar com os outros e aceita a crítica, não interrompendo colegas e técnicos.

É uma área forte na D. não indo ao encontro do que referem alguns autores (e.g.: Benavides-Nieto et al., 2017), defendendo que os indivíduos com DID têm dificuldade em alterar os seus comportamentos para responder de forma efetiva perante a sociedade. Constata-se que faz qualquer coisa para fazer amigos, estando ocasionalmente de mão dada com algum(a) colega. A D. é autónoma ao nível dos cuidados pessoais durante a menstruação (item suplementar). Na avaliação final, não se verificam quaisquer alterações na pontuação dos itens avaliados.

#### **5.4.4 Segunda Parte**

Nos domínios da segunda parte é possível verificar que, embora não se tenham verificado alterações quantitativas dos comportamentos observados, do ponto de vista qualitativo as mesmas foram constatadas.

##### ***5.4.4.1 Domínio Comportamento Social***

A D. nunca apresentou comportamentos disruptivos apesar de, ocasionalmente, arreliar ou dizer mal dos outros, exigir serviços dos outros e manipular. Por vezes, aborrece-se quando contrariada, e, frequentemente, tenta dizer aos outros o que fazer.

##### ***5.4.4.2 Domínios Conformidade, Comportamento Sexual, Autoabusivo e Ajustamento Social***

Em todos estes domínios, a D. revela comportamentos ajustados, não havendo nada a apontar. Esta situação volta a ocorrer no momento da avaliação final. Neste ponto, é de realçar o ajustamento social que a D. revela na relação com terceiros, ao contrário do que a literatura aponta (Burack et al., 1998). Por outro lado, o trabalho que tem vindo a ser desenvolvido na instituição passa igualmente pela estimulação deste tipo de competências, pelo que neste momento se afigura como uma área forte da D..

##### ***5.4.4.3 Domínio Merecedor de Confiança***

A D., tal como referido anteriormente, apenas obteve pontuação neste domínio por ocasionalmente mentir/enganar, distorcendo a verdade em seu proveito.

##### ***5.4.4.4 Domínio Comportamento Estereotipado e Hiperativo***

Neste domínio, apenas se aponta que a D. ocasionalmente fala excessivamente. A pontuação mantém-se igual entre os dois momentos de avaliação.



#### **5.4.4.5 Domínio Comportamento Interpessoal Perturbado**

A D. obteve um ponto por, ocasionalmente, ter dificuldades em reconhecer as suas limitações e ser ciumenta da atenção dada aos outros. Tendo em conta os dados pessoais recolhidos durante a avaliação, e mais especificamente o diagnóstico de Epilepsia, verificou-se pertinente aplicar o item suplementar relativo à medicação (psicoativa). Desta forma, constata-se que a D. ocasionalmente “Tem ataques, convulsões ou crises de epilepsia” e, como tal, toma frequentemente medicamentos anticonvulsivos.

#### **5.4.5 Reflexão sobre o Estudo-Caso e dos Grupos com quem se interveio**

Após o fim do período de estágio e posterior análise dos resultados obtidos com a intervenção da estagiária, torna-se importante refletir sobre todo o processo de intervenção. Tal como referido anteriormente, no horário da cliente do estudo-caso, verifica-se que esta participou em diversas atividades em que a estagiária esteve presente e/ou dinamizou (e.g.: Sessões Individuais, Caminhada, AMA, entre outras).

Desta forma, é possível verificar que existiram resultados positivos tais como: o aumento do equilíbrio (e.g.: já consegue manter-se em apoio unipodal durante 2 segundos, quando solicitado); já consegue subir um lance de escadas com alternância de pés, embora necessite de apoio físico ou de um corrimão; é capaz de saltar, embora não alcance uma altura elevada e não apresente um movimento fluido, i.e.: o movimento de receção ao solo não é feito com os dois pés em simultâneo, apesar de o fazer de forma autónoma, necessitando de apoio físico ocasionalmente. É possível verificar também ligeiras melhorias na coordenação óculomanual e óculopodal, onde o desempenho do movimento (e.g.: driblar uma bola de basquetebol ou contornar em ziguezague os cones deslocando uma bola com os pés) já se verifica mais coordenado e eficaz.

Embora se verifique que a cliente apresenta hipertonia muscular, é possível constatar que os momentos de relaxação no fim de cada sessão foram momentos que proporcionaram bem-estar e ligeira descontração muscular, sendo também algo referido pela própria. Torna-se importante referir que, no fim de cada sessão, ocorreu um diálogo final, sendo revista a estrutura da sessão, questionando-se as dificuldades/facilidades sentidas pela cliente. Algumas destas componentes foram também trabalhadas na AMA (e.g.: equilíbrio, coordenação óculomanual e óculopodal), embora não tão de uma forma

mais detalhada. Acrescenta-se ainda o facto destas sessões, onde participavam 19 clientes, permitirem melhorar as competências de cooperação no seio do grupo.

Nas sessões individuais foram também trabalhadas as componentes monetárias e matemáticas, sendo possível verificar ligeiras melhorias em ambas: na componente monetária, é possível constar que a cliente já é capaz de lidar e compreender melhor o conceito do dinheiro, reconhecendo todas as notas e moedas que compõem o Euro, sendo capaz de juntar um conjunto de moedas e/ou notas visando atingir uma quantia pedida (e.g.: já consegue somar moedas até perfazer uma quantia de 5€); relativamente à componente matemática, e que era também uma área de interesse da cliente a ser melhorada, verifica-se que faz subtrações e adições simples, e consegue perceber o conceito da multiplicação (e.g.:  $3 \times 4 = 3 + 3 + 3 + 3$ ), no entanto, verifica-se ainda que não consegue ainda realizar contas de multiplicação autónomamente.

Relativamente às caminhadas (30 minutos aproximadamente), em que se pretendia melhorar o bem-estar e condição física da cliente, assim como trabalhar a marcha e as posturas incorretas, verifica-se que as quedas tenderam a diminuir. As caminhadas foram realizadas na rua, sempre que possível, e quando não, eram realizadas no interior das instalações do CAO. Inicialmente, existiam mais paragens durante o percurso e a necessidade de diminuir o ritmo de marcha, com o decorrer do percurso, era considerável; no entanto, no final da intervenção, a necessidade de realizar paragens foi diminuindo, e a oscilação de ritmos durante todo o percurso estabilizou. Torna-se relevante referir que, ocasionalmente, surgiram queixas de ligeiras dores nas pernas após a caminhada, como tal, a estagiária adotou como estratégia um momento de relaxamento/alongamento muscular no fim de cada caminhada. É de destacar também que, tanto no início como no fim da intervenção, a estagiária optou por medir o peso corporal da cliente, de forma a perceber se todo o processo de intervenção teria algum impacto neste aspeto, sendo de referir que a cliente reduziu o seu peso corporal em 2kg.

De uma forma geral, é possível verificar que nem todos os objetivos propostos foram cumpridos. Isto pode dever-se ao facto de, possivelmente, e tendo em conta o período de estágio existente, a proposta do plano de intervenção, com todos os objetivos a cumprir, ter sido ligeiramente ambiciosa. No entanto, o balanço da intervenção da estagiária é positivo. Alguns dos objetivos alcançados no contexto de intervenção na instituição têm um impacto relevante no dia-a-dia da cliente, sendo possível fazer o transfer para o mesmo (e.g.: maior equilíbrio e consequente autonomia ao subir/descer

escadas), melhorando assim a autonomia, destreza motora, e consequentemente, a QdV da própria.

Relativamente aos grupos com que foi possível intervir, embora não tenha sido realizada uma avaliação quantitativa do impacto da intervenção, é possível verificar que a intervenção da estagiária pareceu ter tido um impacto positivo no bem-estar dos clientes e na melhoria/manutenção de algumas competências. Relativamente aos clientes da Sala Sensório-Ocupacional, em que a intervenção foi maioritariamente de um para um, incidindo numa componente mais relacional, e onde se pretendia essencialmente proporcionar o bem-estar dos clientes e manter algumas competências, verifica-se que isto efetivamente aconteceu. Através da observação de determinados comportamentos, e no caso dos clientes que não se expressavam de forma verbal, verificou-se que existiram melhorias, i.e.: um dos clientes passou a conseguir entrar na piscina de bolas de forma autónoma (o que antes não acontecia). Registaram-se mais progressos, através da massagem e estimulação sensorial (e.g.: utilizando bolas de relevo), onde as expressões faciais e disposição corporal recetiva dos clientes revelaram que o trabalho a ser realizado estava a ser positivo. Quanto aos dois clientes em que a intervenção era mais estruturada, com atividades a realizar (e.g.: reconhecimento de imagens, atividades de encaixe), é possível verificar que, embora não se tenham melhorado certas competências, o trabalho incidiu sobre a manutenção das já existentes, evitando assim a perda de capacidades.

No âmbito do Espaço MEC, analisando as atividades concretizadas (e.g.: recortes, atar o sapato), é possível verificar que eram maioritariamente cumpridas com sucesso e, por ser um espaço onde o cliente tinha uma maior variedade de escolha das atividades a realizar, era notória a satisfação e consequente bem-estar do próprio. Relativamente ao grupo apoiado em AMA, tal como referido, as sessões foram planeadas tendo por base os objetivos previamente definidos no Plano de Atividades. Embora não tenha existido uma avaliação formal, por parte da estagiária, é possível constatar, pela observação dos desempenhos e pelos comentários feitos pelos próprios no final de cada sessão (e.g.: referirem que, com o passar do tempo, já conseguiam aceder melhor à relaxação; foi possível verificar a melhoria da coordenação óculo-manual e óculo-podal, entre outras), que existiram algumas melhorias nas capacidades trabalhadas ao longo da intervenção o que, consequentemente, fez com que a dificuldade das tarefas pudesse ser aumentada gradualmente.

Tal como referido anteriormente, foi ainda possível, além das atividades de estágio propriamente ditas, participar em outras atividades que foram decorrendo ao longo do ano letivo de estágio, pelo que serão descritas em seguida de forma breve.

## **5.5 Atividades Complementares de Formação**

Serão descritas, de forma sucinta, as atividades que decorreram extra-estágio em que a estagiária participou, desde os intercâmbios a formações.

### **5.5.1 Semana de Comemoração do Dia Internacional da Pessoa com Deficiência:**

Este evento decorreu entre 28 de novembro e 2 de dezembro, envolvendo diversas atividades: uma ação de sensibilização para a deficiência e para as diversas barreiras existentes nos concelhos das Lajes e Madalena do Pico, envolvendo os clientes do CAO e a sociedade. Foi realizado um percurso nas ruas das vilas, previamente planeado pela Psicomotricista, estagiária e pelo Técnico de Aptidão Física e Saúde, para verificar algumas questões (e.g.: passeios sem largura necessária para passar uma cadeira de rodas, edifícios públicos e serviços sem acessibilidade). Desta atividade resultou um vídeo para posterior divulgação sobre o que foi sentido em ambas as vilas. Houve também um dia aberto à comunidade, onde as famílias e várias entidades públicas e a sociedade em geral puderam visitar as instalações e perceber o trabalho realizado diariamente nas mesmas (30 novembro); e, ainda, o Desfile Ecológico, no qual as roupas utilizadas foram criadas no CAO, pelos clientes e colaboradores, a partir de diversos materiais reciclados (2 de dezembro).

### **5.5.2 II Simpósio de Desenvolvimento Infantojuvenil**

Decorreu no dia 19 de novembro de 2016, no Anfiteatro da Escola Básica e Secundária de São Roque do Pico, o 2.º Simpósio de Desenvolvimento Infantojuvenil, organizado pela Associação Raríssimas – Delegação Açores (Ilha do Pico), em parceria com a Clínica de Saúde Mental e Desenvolvimento da Ilha Terceira (CIT). Foi um dia com diversas palestras e comunicações, tendo como principal tema o desenvolvimento da criança, i.e., foram abordadas as questões relativas ao desenvolvimento típico, desvios desenvolvimentais e perturbações do desenvolvimento, abordados por diversos médicos pediatras e um geneticista do país.

### **5.5.3 I Jornadas Científicas de Psicomotricidade da Faculdade de Motricidade Humana**

As I Jornadas Científicas de Psicomotricidade da FMH decorreram nos dias 17 e 18 de fevereiro de 2017, nas instalações da mesma, organizadas pelo Mestrado de Reabilitação Psicomotora do Departamento de Educação, Ciências Sociais e Humanidades, com o tema “A Psicomotricidade no Século XXI – Respostas Inovadoras para Desafios Emergentes”. A estagiária não só esteve presente em ambos os dias, como fez parte da comissão organizadora, ao longo de dois anos letivos 2015/16 e 2016/17.

### **5.5.4 Trilhos na Natureza**

Durante o estágio, e inserido no Plano Anual de Atividades, foi possível realizar diversos trilhos na Natureza, pela ilha: o Trilho dos Caminhos de Santa Luzia, a 22 de março de 2017 (PR1PIC), com a duração de 90 minutos, e dificuldade média; e o Trilho nas Vinhas da Criação Velha (PR5PIC), no dia 31 de maio de 2017, com uma duração de 90 minutos e de uma dificuldade fácil. A ação da estagiária passou por acompanhar os clientes, que revelaram ter gostado das atividades. Destaca-se que o trilho PR1PIC apresentava um troço mais íngreme e com muitos obstáculos, sendo então que alguns clientes não participaram nesta parte, i.e., devido às restrições de mobilidade que apresentavam.

### **5.5.5 Open de Orientação no Jardim dos Maroiços**

Esta atividade decorreu no dia 22 de fevereiro de 2017, num Jardim próximo às instalações do CAO, em que participaram 10 clientes, tendo sido organizado pela Psicomotricista e pelo Técnico de Saúde e Aptidão Física do CAO. Consistiu num *peddy-paper* realizado em todo o espaço do jardim, com diversas estações, em que o grupo foi dividido em 3 subgrupos, e o papel da estagiária passou por acompanhar um dos grupos. O acompanhamento incidiu principalmente no apoio ao nível da orientação espacial no percurso e da interpretação de algumas pistas, apesar de alguns clientes terem a capacidade de leitura adquirida. Nesta atividade, ganhou o grupo que completou o percurso com menor tempo de prova e com as pistas corretas todas recolhidas.

### **5.5.6 Torneio de Futsal entre o CAO da Horta e o CAO da SCMMP**

Este torneio decorreu no dia 4 de abril de 2017, onde a equipa do CAO da SCMMP defrontou a equipa do CAO da Horta (Faial), no pavilhão da Candelária. Desta forma, a maioria dos clientes da instituição foi assistir ao jogo, sendo que o papel da estagiária

consistiu em acompanhar os mesmos durante a atividade, que terminou com uma vitória para os clientes do CAO da Horta. Os clientes relevaram satisfação por estar presentes nesta atividade para apoiar os colegas

### **5.5.7 Celebração do Dia Internacional da Atividade Física**

A Celebração do Dia Internacional da Atividade Física no dia 6 de abril de 2017, no pavilhão dos Toledos, foi organizado por uma estagiária do curso de Gestão do Desporto da Escola Profissional do Pico, a estagiar no CAO, consistindo num conjunto de atividades, em circuito, onde o papel da estagiária (de Reabilitação Psicomotora) passou por acompanhar os clientes de um dos três grupos existentes (cada grupo com duas equipas), registando as suas pontuações e tempos das atividades. Desta atividade saiu um grupo vencedor, aquele com menos tempo de prova e com mais pontos obtidos.

Ainda no âmbito do estágio e como resposta ao desafio inicial da orientadora académica, para um projeto de intervenção ou investigação que trouxesse alguma inovação para a instituição de acolhimento do estágio ou para a comunidade, foi concretizado um estudo sobre as atitudes da população Açoriana face às Pessoas com DID (anexo A), dadas as dificuldades ainda vivenciadas neste campo (Soares, 2016). Desta forma, será então apresentado um breve resumo do estudo bem como a sua pertinência para a mudança de atitudes que ainda se verifica necessária, estando a sua versão completa disponível no anexo A.

## **6 Projeto de Investigação**

De acordo com Wehmeyer (2013), quando damos o “nome” a uma perturbação estamos, inevitavelmente, a ter impacto na forma como a sociedade interpreta a pessoa diagnosticada, e na forma como ela própria se interpreta, acabando então por influenciar a construção da identidade da mesma. Ao longo do tempo, a população com DID tem sido vista como um grupo desfavorecido, discriminada e alvo de atitudes negativas por parte da população em geral (Akrami, Ekehammar, Claesson e Sonnander, 2006) que atuam, ainda, como barreiras à participação plena das pessoas com DID na comunidade (Santos, 2010, 2014; Santos e Gomes, 2016).

A atitude refere-se à predisposição para agir previsivelmente perante um ou mais elementos de um grupo (McCaughey e Strohmer, 2005), influenciando sentimentos, pensamentos e ações (Tervo e Palmer, 2004). As atitudes, face às pessoas com DID, impactam as abordagens políticas e o sucesso da sua implementação (Benomir, Nicolson

e Beail, 2016; Scior, 2011) isto porque, a forma como um grupo cultural percebe a DID afeta as respostas dadas aos indivíduos com DID e às suas famílias (Coles e Scior, 2012), bem como a interação entre todos os membros da sociedade (com e sem DID) (Li, Tsoi e Wang, 2012).

A nova definição de DID, que joga agora com os dois critérios – intelectual e adaptativo, cujas limitações, dois desvio-padrão abaixo da média, se expressam ao nível das competências cognitivas, práticas e sociais até aos 18 anos, e que exige a estimulação das capacidades, inserida num quadro de oportunidades em contexto real, tem repercussões na organização dos serviços e apoios prestados a estas pessoas, o que irá afetar e ser afetado pelas atitudes e expectativas vigentes (Santos e Gomes, 2016). O objetivo é potenciar as atitudes positivas para a capacitação e auto-determinação, com a diminuição de comportamentos de pena, caridade ou descredibilização.

Existem vários fatores que influenciam as atitudes públicas face às pessoas com deficiência e, neste caso particular, face às pessoas com DID, como sejam: género com os elementos do género feminino a tenderem para atitudes mais positivas (Estevão, Marques, Pacheco e Santos, 2017; Morin, Rivard, Boursier, Crocker e Caron, 2015), apesar da tendência para a homogeneidade de respostas entre géneros nos últimos anos (Chan, Livneh, Pruett, Wang e Zheng, 2009); idade, com as pessoas mais novas a demonstrarem atitudes mais positivas (Amorim, Barrote, Costa e Santos, 2017; Chan et al., 2009; Goreczny, Bender, Caruso e Feinstein, 2011; Morin et al., 2015; Scior, 2011) e uma menor distância social (Ouellette-Kuntz, Burge, Brown e Arsenault, 2010); nível de escolaridade (Chan et al., 2009; Murch et al., 2017; Ouellette-Kuntz et al., 2010; Scior, 2011) e estatuto socioeconómico e cultural que, à medida que aumenta, parece acarretar atitudes mais positivas (Murch et al., 2017; Pereira e Santos, 2017); conhecimento sobre a DID (Golding e Rose, 2015; Li et al., 2012; Scior, 2011), experiências e contacto prévios (Barbosa, Frade, Magalhães e Santos, 2017; Ferrara, Burns e Mills, 2015); a qualidade do contacto que, sendo positiva, diminui o preconceito e aumenta a expectativa face ao seu desempenho (Keith, Bennetto e Rodge, 2015), entre outros.

É no âmbito das mais recentes inovações conceituais sobre igualdade de oportunidades, autodeterminação, participação social e qualidade de vida, entre outros, e político-práticas (e.g.: Decreto-Lei nº3/2008) que se justifica a pertinência da avaliação das atitudes da população em geral face às pessoas com DID. Embora as atitudes face à DID conscientemente sejam tolerantes e recetivas, inconscientemente continuam a



descrever negativamente a deficiência (Murch et al., 2017). Neste sentido, é importante analisar as atitudes vigentes face às pessoas com DID, tentando identificar facilitadores e barreiras à participação social destas pessoas, visando a seleção de estratégias de atuação futuras. Apesar de alguns estudos a nível nacional (e.g.: Amorim et al., 2017; Branco e Santos, 2017; Estevão et al., 2017) e depois de um ano de estágio numa comunidade “pequena” Açoriana, achou-se importante abordar esta temática, dadas as ainda visíveis dificuldades na abordagem (Soares, 2016), que se pretende mais positiva e menos institucionalizada, às pessoas com DID. Desta forma, o objetivo deste estudo passou por analisar as atitudes da população em geral de três ilhas Açorianas – Pico, S. Jorge e S. Miguel, face às pessoas com DID, ao nível do conhecimento das causas, sentimentos, interação, capacidades e direitos, e desconforto.

#### *Amostra*

Para este efeito foi aplicado o questionário *Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire* (ATTID) a 86 pessoas, com idades iguais ou superiores a 18 anos, 66 do género feminino e 20 do género masculinos, sendo que 32 eram da ilha do Pico, 44 de São Jorge e 10 de São Miguel. A maioria dos respondentes eram casados ou viviam em união de facto (n=49), 33 têm cursos de ensino superior (licenciatura e mestrado) e 72 exercem uma atividade profissional a tempo inteiro.

#### *Instrumento*

O ATTID é um instrumento validado no Canadá (Morin et al., 2013a; Morin et al., 2013b; Morin et al., 2015) encontrando-se, neste momento, em fase de validação a nível nacional (Lopes et al., *submitted*). O questionário é constituído por 67 itens, divididos em três secções distintas: cognitiva (30 itens divididos por dois fatores: “conhecimento das capacidades e direitos” e “conhecimento das causas”), afetiva (18 itens agrupados nos fatores de “desconforto” e “sentimentos”) e comportamental (19 itens que avaliam a “interação”) e cada item é cotado com base numa escala de *Likert*, com valores a variar entre 1 (concordo totalmente) e 5 (discordo totalmente), onde a pontuação 3 revela uma posição neutra (Morin et al., 2013a). O ATTID apresenta ainda dois casos/exemplos (com níveis de funcionalidade diferentes) que pretendem averiguar se as atitudes são ou não influenciadas pelo nível de conhecimento sobre a DID (Morin et al., 2013a).

A análise fatorial do ATTID fundamentou uma solução de cinco componentes, ao explicar 39,36% da variância total, com as correlações de Pearson a variar entre -.03 e .54, sugerindo assim a debilidade de associações entre os fatores (Morin et al., 2013a). Destaca-se que exclusivamente a correlação entre a *Interação* e o *Conhecimento das*



*Causas* não foi significativa ( $p < .01$ ) (Morin et al., 2013a). Relativamente à fiabilidade geral de todo o questionário (.92), verifica-se uma boa consistência interna, com os valores de alpha de Cronbach das subescalas a variar entre .59 e .89 (Morin et al., 2013a).

### *Procedimentos*

Durante o processo de recolha e análise de dados, foram assegurados todos os pressupostos éticos, característicos de investigações neste âmbito, i.e., anonimato e confidencialidade. Para os participantes das ilhas do Pico e São Jorge, os questionários foram entregues diretamente, sendo que o investigador principal esteve sempre presente na altura do preenchimento, caso surgissem dúvidas relativas a este. Quanto aos participantes da ilha de São Miguel, os questionários foram enviados via correio, acompanhados por uma folha de esclarecimentos de possíveis dúvidas que pudessem surgir, elaborado com base nas questões levantadas pelos participantes das restantes ilhas, apresentando também os contactos diretos da investigadora, caso surgissem outras questões além das apresentadas no documento anexo. Os dados obtidos foram tratados na versão 24 do *IBM SPSS Statistics*.

### *Apresentação e Discussão dos Resultados*

Inicialmente, procedeu-se à análise da normalidade, e apesar dos valores inferiores a .05, e baseados no N da amostra ser superior a 30 (Marôco, 2014) optou-se pelas técnicas paramétricas: o teste t-student foi utilizado nas variáveis dicotómicas (e.g.: género) sendo concretizadas as restantes análises (i.e.: variáveis com mais de três categorias) através do teste ONE-WAY ANOVA (e.g.: ilhas, faixa etária, situação profissional, habilitações literárias, estado civil e rendimento); na existência de diferenças significativas, foi realizado o teste *post-hoc* *Scheffe* para identificar os itens em que se observaram as diferenças.

Neste sentido, optou-se por apresentar apenas os resultados dos fatores e, quando os mesmos apresentavam diferenças, os respetivos itens que contribuíam para essas diferenças. Sobre a análise das atitudes entre ilhas, as diferenças significativas ocorreram em quatro dos cinco fatores (*Desconforto, Capacidades e Direitos, Interação e Sentimentos*), sendo possível verificar uma tendência geral para a divergência de opiniões entre as ilhas, parecendo que os participantes das ilhas do Pico e São Miguel são os que apresentam as atitudes mais positivas, comparativamente aos participantes de São Jorge, que se apresentam frequentemente com atitudes neutras e/ou negativas face à população com DID.

De acordo com o género, constata-se a inexistência de diferenças entre fatores, apesar de se verificarem em alguns itens do fator *Capacidades e Direitos* com tendência para as participantes com atitudes mais positivas, demonstrando maior conhecimento sobre a DID e contacto com pessoas com DID, e com o género masculino a assumir respostas mais neutras. Apenas os estudantes e trabalhadores a tempo parcial denotaram diferenças significativas no fator *Capacidades e Direitos* com os últimos a tender para atitudes mais positivas face à pessoa com DID.

No que diz respeito à Faixa Etária, constata-se apenas diferenças no fator *Capacidades e Direitos* entre as faixas 18-29 e 50-59. Quando os participantes mais novos tendem a uma posição neutra face a um direito (e.g.: beber álcool), os participantes entre os 50 e os 59 anos tendem a atitudes mais negativas, mantendo-se esta tendência quando os mais novos concordam com a afirmação (e.g.: direito a ter relações sexuais ou a votar) com os mais velhos a assumir uma posição neutra ou mesmo negativa (como é o caso do direito a ter filhos).

No âmbito do Estado Civil apenas se constata diferenças significativas: “A DID é mais comum em contextos sociais mais desfavorecidos” entre os participantes casados, com uma atitude mais neutra, e os divorciados a concordar com a mesma ( $p=.40$ ); entre participantes solteiros vs. casados ( $p=.03$ ), com os primeiros a concordar com o direito das pessoas com DID a trabalhar em contextos regulares/inclusivos e com a perspetiva de arrendar uma casa a uma pessoa com DID, mesmo com menores níveis de funcionalidade. Os participantes em união de facto tendem a uma posição mais neutra ou mesmo discordante. Não se verificaram diferenças significativas na variável *Rendimento* e quanto à variável “Habilitações Académicas” (tabela 5), apenas existem diferenças nos fatores: *Capacidades e Direitos* e *Interação*, parecendo evidentes as atitudes mais positivas pelos participantes com maior grau de escolaridade (e.g.: Mestrado ou Licenciatura).

### *Conclusões*

As atitudes face à população com DID assumem um papel com impacto na sua autonomia e participação social, com repercussões na sua QdV. Desta forma, decorrente da experiência profissional enquanto psicomotricista, em contexto Açoriano, sentiu-se a necessidade de um melhor conhecimento nesta área, i.e.: perceber as atitudes das pessoas das ilhas dos Açores face às pessoas com DID, tendo-se revelado um estudo inovador no arquipélago, um contexto onde as opiniões/atitudes são pouco conhecidas,

de forma a auxiliar a criação de soluções e estratégias para que se possa diminuir a existência de comportamentos negativos.

O presente estudo, e embora não retrate as atitudes de todo o arquipélago, revela dados que permitem ter uma perceção de como são as atitudes da população face à DID. Após um ano de estágio, é possível verificar que a inclusão dos indivíduos com DID na sociedade tem evoluído, destacando-se o trabalho e papel fundamental que as instituições que prestam apoio a esta população têm tido. Apesar de se destacar, também, o apoio dado às famílias e prestadores de cuidados, ainda há um longo caminho a percorrer, pois a superproteção e “descredibilização” das capacidades da pessoa com DID parece ser frequente.

## **Conclusão**

O presente relatório teve como principal objetivo analisar e recolher os principais fundamentos teóricos que estão na base da DID e da IPM com esta população, caracterizando também os tipos de resposta e intervenções realizadas no CAO da SCMMP. Torna-se fundamental estar sempre a par dos conceitos teóricos e novos desenvolvimentos e estratégias, essenciais para que a intervenção decorra com sucesso e atualizada.

As atividades de estágio são o primeiro e marcante passo, no qual temos a necessidade de “pegar” em tudo o que nos foi ensinado ao longo da formação (neste caso, licenciatura e mestrado) e passar para a prática, com situações e casos reais, por vezes, imprevisíveis, em que temos de deixar o planeado para trás. Esta passagem poderá parecer difícil ao início, se não conseguirmos compreender que, apesar de todas as teorias e estratégias existentes, cada pessoa é uma pessoa e, por vezes, temos de criar novas estratégias e novas formas de abordar o que pretendemos trabalhar, que se enquadrem no indivíduo e contexto em que vamos intervir.

No seguimento do referido anteriormente, torna-se importante lembrar que, fruto da evolução do conceito, o indivíduo começou a ser avaliado tendo em conta a sua relação com o contexto e pela forma como reage e responde às exigências que lhe são colocadas, deixando de ser avaliado de forma isolada (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato 2012b). Desta forma, torna-se necessário apostar fortemente na investigação, avaliação, intervenção e qualidade dos serviços de apoio, visando um impacto na mudança de atitudes e mentalidades, provocando evoluções a nível político, social e práticas organizacionais. Consequentemente, pretende-se melhorar a QdV dos indivíduos minimizando, ou até mesmo eliminando, as barreiras e estigmas existentes, defendendo assim os seus direitos (Morato e Santos, 2007; Santos e Morato, 2012b).

Desde o estágio na licenciatura, também com esta população, que a vontade de aprender mais e voltar a intervir nesta área era uma realidade crescente, assim como a vontade de voltar a “casa” e poder partilhar e ser útil à “minha” sociedade com o que aprendi ao longo dos últimos anos. O desafio, à partida, tinha tanto de positivo como também me deixava um pouco “insegura”, pois seria ligeiramente mais exigente, não só pela distância da faculdade e orientadora, a dificuldade de acesso a bibliografia, formações e trocas de ideias com colegas e professores, como também por ser uma

comunidade mais pequena, onde a Psicomotricidade, apesar de já ter dados os primeiros passos, ainda se mantém um pouco “confusa” para a sociedade em geral.

No entanto, ao longo do ano letivo, foi possível compreender que a Psicomotricidade é uma realidade presente no CAO, conhecida pelos clientes, famílias e técnicos que lá trabalham. Aqui, destaco, através da observação e interação durante este ano, o papel fundamental que o CAO desempenha na vida dos seus clientes e famílias, na medida em que promove a integração e igualdade de oportunidades desta população perante a sociedade, melhorando também a autonomia, e QdV (do cliente e da família/cuidadores). Todo o trabalho desenvolvido, quer terapêutico, quer ocupacional, tem por base não só as necessidades como também os interesses e vocação específicos de cada cliente, onde a equipa técnica e multidisciplinar, assim como os auxiliares, trabalham de forma coesa para prestar a melhor qualidade possível nos serviços.

Na intervenção com esta população, e que é possível constatar que é o que acontece no CAO, têm-se em conta, e de acordo com Morato e Santos (2007) e Luckasson et al. (2002), cinco fatores fundamentais: as limitações do funcionamento observadas têm que ser consideradas tendo em conta o contexto em que o indivíduo se insere; considerar a importância da diversidade cultural e linguística, da comunicação, dos aspetos sensoriais, motores e adaptativos para uma avaliação válida; cada pessoa assume-se não só pelas suas limitações como também pelas suas capacidades; a descrição das limitações de um indivíduo implica um plano de desenvolvimento das necessidades de apoio; a funcionalidade de um indivíduo com DID melhora proporcionalmente com a maior quantidade de apoios apropriados individualizados que tiver.

Desta forma, e através da prática, foi possível perceber exatamente que cada cliente é um ser único e especial, com interesses e necessidades específicas, resultado da interação de diversos fatores (e.g.: biológicos, culturais), não existindo uma “fórmula de intervenção” que resulte com todos da mesma forma. Isto é ainda mais notório quando falamos de intervenções grupais, pois, apesar de existir um plano interventivo delineado previamente, com atividades a desenvolver, há sempre adaptações a realizar no momento (e.g.: diminuir a dificuldade de uma atividade ou arranjar uma alternativa à sua realização), apelando à nossa criatividade, flexibilidade e resiliência. E estas são algumas das grandes características do Psicomotricista e o que mais aprendi este ano: ser capaz de lidar com o imprevisto e ter em conta a pessoa com quem estamos a intervir (e.g.: estado de alerta, disposição), adaptando o necessário e quando necessário, de forma a

atingir o melhor sucesso possível, despoletando sentimentos de prazer e “missão cumprida”. Nem sempre as coisas correm bem na primeira tentativa, e este pode ser o maior desafio, mas também o mais gratificante.

Destaco ainda o trabalho incrível que a instituição faz na ligação com a comunidade, que tem vindo a conquistar ao longo dos últimos anos, desmistificando e eliminando alguns pré-conceitos face à DID. No entanto, ainda é possível verificar a existência de atitudes de superproteção e “descredibilização” das capacidades desta população, não só pela sociedade em geral, como também por parte de algumas famílias, apesar do trabalho realizado pelo CAO para combater estas atitudes.

Há ainda a considerar o desafio lançado pela orientadora académica, que originou um artigo sobre as atitudes de algumas ilhas açorianas face à DID, e que constitui um elemento de grande relevância. É um trabalho pioneiro nesta comunidade e que veio revelar resultados que permitem um melhor conhecimento das atitudes face a esta população, constituindo assim uma base para intervenções futuras específicas, na diminuição do estigma e discriminação pois: se estamos a trabalhar de forma a dar ferramentas e apoios para que os indivíduos com DID possam viver como membros ativos da sociedade em que estão inseridos, com autonomia e QdV, até que ponto continuarmos a “defender” uma vida exclusivamente institucionalizada continua a ser a melhor opção? Ainda há um longo caminho a percorrer, mas são notórias e positivas as diferenças ao longo dos últimos anos.



## Referências

- Akrami, N., Ekehammar, B., Claesson, M. e Sonnander, K. (2006). Classical and modern prejudice: Attitudes toward people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 605-617. doi: 10.1016/j.ridd.2005.07.003.
- Albuquerque, M. (2000). *A criança com deficiência mental ligeira*. Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência.
- Albuquerque, C. (2005). Deficiência mental ligeira: funcionalidade e transição para a vida pós-escolar. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 39(2), 89-110.
- Alloway, T. (2010). Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 448-456. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01281.x.
- Amado, A., Stancliffe, R., McCarron, M. e McCallion, P. (2013). Social Inclusion and Community Participation of Individuals with Intellectual/Developmental Disabilities. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(5), 360-375.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Amorim, S., Barrote, F., Costa, B. e Santos, S. (2017). Atitudes Face à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento em Função da Idade. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 24, 64-78
- Antunes, A. e Santos, S. (2015). Os benefícios de um programa de Intervenção Psicomotora para indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimento ao nível do Comportamento Adaptativo e da Proficiência Motora: estudo comparativo. *A Psicomotricidade*, 18: 89-122.
- Armstrong, K., Curtiss, H., Popkave, K. e Lilly, C. (2008). ABAS-II: Adaptive Behavior Assessment for Children With Intellectual and Developmental Disabilities. In T. Oakland, P. Harrison (ed.). *Adaptive Behavior Assessment System-II* (349-368). USA, Academic Press.
- Ashwal, S., Russman, B., Blasco, P., Miller, G., Sandler, A., Shevell, M. e Stevenson, R. (2004). Practice Parameter: Diagnostic assessment of the child with cerebral palsy Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 62(6), 851-863.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2012). *A Psicomotricidade em Portugal*. Psicomotricidade. Retirado a 1 de dezembro de 2016 de <http://appspsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>.
- Bangash, A., Hanafi, M., Idrees, R. e Zehra, N. (2014). Risk factors and types of cerebral palsy. *The Journal of the Pakistan Medical Association*, 64(1), 103-107. doi: 10.5348/P05-2017-3-OA-3.
- Barbosa, R., Frade, M., Magalhães, I. e Santos, S. (2017). Atitudes dos professores face às pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *Atas/anais – Resumos e Textos completos (363-377) do V Congresso Internacional Educação, Inclusão e Inovação*.
- Barnhill, J. e McNelis, D. (2012). Overview of Intellectual/Developmental Disabilities. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, X (3), 300-307. doi: 10.1176/appi.focus.10.3.300.
- Barnhill, J., Koning, N. e Kartheiser, P. (2007). Learning Disorders. In R. Fletcher, E. Loschen, C. Stavrakaki e M. First (Eds.), *Diagnostic Manual-Intellectual Disability: a*



*textbook of diagnosis of mental disorders in persons with Intellectual Disability* (68- 87). NY/USA: National Association for the Dually Diagnosed in association with APA.

Baxendale, S. e Thompson, P. (2016). The new approach to epilepsy classification: cognition and behavior in adult epilepsy syndromes. *Epilepsy and Behavior*, 64, 253-256. doi: 10.1016/j.yebeh.2016.09.003.

Beckung, E. e Hagberg, G. (2002). Neuroimpairments, activity limitations, and participation restrictions in a children with cerebral palsy. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 44, 309-316.

Benomir, A., Nicolson, R. e Beail, N. (2016). Attitudes towards people with intellectual disability in the UK and Libya: A cross-cultural comparison. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 1-9. doi: 10.1016/j.ridd.2015.12.009.

Belva, B. e Matson, J. (2013). An examination of specific daily living skills deficits in adults with profound intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 596-604. doi: 10.1016/j.ridd.2012.09.021.

Benavides-Nieto, A., Romero-López, M., Quesada-Conde, A. e Corredor, G. (2017). Basic Executive Functions in Early Childhood Education and their Relationship with Social Competence. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 237, 471-478. doi: 10.1016/j.sbspro.2017.02.092.

Bergen, D. (2008). Effects of poverty on cognitive function: a hidden neurologic epidemic. *Neurology*, 71, 447-451. doi: 10.1212/01.wnl.0000324420.03960.36.

Bessa, C., Lopes, F. e Maciel, P. (2012). Molecular Genetics of Intellectual Disability. In U. Tan (ed.). *Latest Findings in Intellectual and Developmental Disabilities Research*, 149-176. Croácia: InTech.

Blair, E. e Watson, L. (2006). Epidemiology of cerebral palsy. *Seminars in Fetal e Neonatal Medicine*, 11, 117-125. doi:10.1016/j.siny.2005.10.010.

Blasi, F., Elia, F., Buono, S., Ramakers, G e Nuovo, S. (2007). Relationships between visual-motor and cognitive abilities in intellectual disabilities. *Perceptual and Motor Skills*. 104: 763-772. doi: 10.2466/PMS.104.3.763-772.

Bildt, A., Sytema, S., Kraijer, D., Sparrow, S. e Minderaa, R. (2005). Adaptive functioning and behaviour problems in relation to level of education in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (9), 672-681. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00711.x.

Bornstein, M., Giusti, Z., Leach, D., e Venuti, P. (2005). Maternal Reports of Adaptive Behaviours in Young Children: Urban-Rural and Gender Comparisons in Italy and United States. *Infant Child Development*, 14, 403-424. doi: 10.1002/icd.414.

Borthwick-Duffy, S. (2007). Adaptive Behavior. In Jacobson, J., Mulick, J., e Rojahn, J. (Eds.), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities—Issues in Clinical Child Psychology* (279-293). Springer.

Boscaini, F. (2004). Especificidade da semiologia psicomotora para um diagnóstico adequado. *A Psicomotricidade*, 3, 53-65.

Branco, A. e Santos, S. (2017). Atitudes Face à População com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: estudo comparativo em Portugal. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 24, 27-43.

Brandão, R. (2011). *As ilhas desconhecidas – notas e paisagens* (1ª edição). Lisboa: Quetzal Editores.

Brookes, E. (2016). New insights into intelectual disability caused by mutations in a chromatin regulator. *EbioMedicine*, 6, 2-3. doi: 10.1016/j.ebiom.2016.04.001.

- Burack, J., Hodapp, R., e Zigler, E. (1998). *Handbook of Mental Retardation and Development*. Cambridge University Press.
- Camp, J., Karmiloff-Smith, A., Thomas, M. e Farran, E. (2016). Cross-syndrome comparison of real-world executive functioning and problem solving using a new problem-solving questionnaire. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 80-92. doi: 10.1016/j.ridd.2016.07.006.
- Cans, C., Dolk, H., Platt, M., Colver, A., Prasauskiene, A. e Krageloh-Mann, I. (2007). Recommendations from the SCPE collaborative group for defining and classifying cerebral palsy. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 49(109), 35-38. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12626.x.
- Carlin, M. (2012). Enhancing Cognitive Performances of Individuals with Intellectual Disabilities: A Human Factors Approach. In U. Tan (ed.). *Latest Findings in Intellectual and Developmental Disabilities Research*, 77-102. Croácia: InTech.
- Carreti, B., Belacchi, C. e Cornoldi, C. (2010). Difficulties in working memory updating in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(4), 337-345. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01267.x.
- Cerebral Palsy (2017). *Extrapyramidal, or non-spastic Cerebral Palsy*. Procura feita a 10 de outubro de 2017, em <http://www.cerebralpalsy.org/about-cerebral-palsy/types-and-forms#cm>.
- Chan, F., Livneh, H., Pruett, S., Wang, C. e Zheng, L. (2009). Societal attitudes toward disability: Concepts, measurements, and interventions. In E. Cardoso e J. Chronister (Eds). *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* (333-367). New York, NY, US: Springer Publishing Co, xvii, 584.
- Claes, C., van Hove, G., van Loon, J., Vandeveld, S., e Schalock, R. (2010). Quality of life measurement in the field of intellectual disabilities: eight principles for assessing quality of life-related personal outcomes. *Social Indicators Research*, 98, 61-72, doi: 10.1007/s11205-009-9517-7.
- Clube Náutico das Lajes do Pico [CNLP] (2017). *História do Clube*. Procura feita a 3 de agosto de 2017, em <http://www.cnlajesdopico.org/historia.htm>.
- Coles, S. e Scior, K. (2012). Public Attitudes towards People with Intellectual Disabilities: A Qualitative Comparison of With British & South Asian People. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25, 177-188. doi: 10.1111/j.1468-3148.2011.00655.x.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de Grupo em Psicomotricidade de base relacional. In M. Vidigal e Colaboradores, *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes* (277-298). Lisboa: Trilhos Editora;
- Costanzo, F., Varuzza, C., Menghini, D., Addona, F., Ganesini, T. e Vicari, S. (2013). Executive functions in intellectual disabilities: A comparison between Williams syndrome and Down syndrome. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1770-1780. doi: 10.1016/j.ridd.2013.01.024.
- Cuschieri, A., Hanna, G. e Francis, N. (2009). Psychomotor ability testing and human reliability analysis (HRA) in surgical practice. *Minimally Invasive Therapy e Allied Technologies*, 10(3), 181-195. doi: 10.1080/136457001753192312.
- Custódio, M. e Santos, S. (2011). O Papel da Intervenção Psicomotora na Promoção da Qualidade de Vida. *A Psicomotricidade*, 14, 9-24.
- Danielsson, H., Henry, L., Messer, D. e Rönnerberg, J. (2012). Strengths and weaknesses in executive functioning in children with intellectual disability. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 33 (2), 600-607. doi: 10.1016/j.ridd.2011.11.004.

- Danielsson, H., Henry, L., Rönnberg, J. e Nilsson, L. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 31, 1299-1304. doi: 10.1016/j.ridd.2010.07.012.
- Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 4 – 7 de janeiro de 2008, 154-164.
- Duncan, J., Sander, J., Sisodiya, S. e Walker, M. (2006). Adult Epilepsy. *Lancet*, 367 (1), 1087-1100. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68477-8.
- Duvdevany, I. (2002). Self-concept and adaptive behaviour of people with intellectual disability in integrated and segregated recreation activities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46(5), 419-429.
- Engel, J. (2006). Report of the ILAE Classification Core Group. *Epilepsia*, 47:1558-1568. doi: 10.1111/j.1528-1167.2006.00215.x.
- Enkelaar, L., Smulders, E., Lantman-de Valk, H., Weerdesteyn, V. e Geurts, A. (2013). Clinical measures are feasible and sensitive to assess balance and gait capacities in older persons with mild to moderate Intellectual Disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 276-285. doi: 10.1016/j.ridd.2012.08.014.
- Estevão, V., Marques, S., Pacheco, M. e Santos, S. (2017). O Género e as Atitudes face à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 24, 45-62
- Fernández, F., Padilla-Muñoz, E., Núñez, J. e Pérez-Gil, J. (2016). Aplicación de un nuevo programa de habilidades sociales a un grupo de adultos com discapacidad intelectual. *Revista Española de Discapacidad*, 4(2), 63-80. doi: 10.5569/2340-5104.04.02.04.
- Ferrara, K., Burns, J. e Mills, H. (2015). Public Attitudes Toward People with Intellectual Disabilities After Viewing Olympic or Paralympic Performance. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 32, 19-33. doi: 10.1123/apaq.2014-0136.
- Ferro, J. e Pimentel, J. (2013). *Neurologia fundamental: Principio, Diagnóstico e Tratamento*. Lidel. 2aEdição. Lisboa.
- Fisher, M., Griffin, M. e Hodapp, R. (2011). Intellectual Disabilities (Mental Retardation). *Encyclopedia of Adolescence*, 1, 193-201. doi: 10.1016/B978-0-12-373915-5.00025-5.
- Fonseca, V. (1995). A deficiência mental a partir de um enfoque psicomotor. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 3/4, 125-139.
- Fonseca, V. (2001a). Gerontopsicomotricidade: Uma Abordagem ao Conceito da Retrogénese Psicomotora. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. (177-219). Cruz Quebrada: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.
- Fonseca, V. (2001b). Para uma Epistemologia da Psicomotricidade. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade* (13-28). Cruz Quebrada: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.
- Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. (1ª ed.). Lisboa, Portugal: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2008). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem*. Comunicação apresentada no Congresso Internacional “Educación Infantil y Desarrollo de Competencias”, Madrid.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de observação psicomotora*. (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Âncora Editora.

- Fonseca, V. e Bergés, J. (1985). *Temas de psicomotricidade: Conceitos e correntes*. Lisboa, Portugal: CDI/ISEF.
- Fonseca, V. e Martins, R. (2001). Prefácio. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.). *Progressos em Psicomotricidade*. (5-10). Cruz Quebrada: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.
- Fórum Europeu de Psicomotricidade [FEP] (2012). Psychomotrician Professionals Competences. In *Europe*. Retirado a 6 de dezembro de 2016 e disponível de <http://psychomot.org/documents/>.
- Friedman, N., Miyake, A., Corley, R. Young, S., DeFries, J. e Hewitt, J. (2006). Not All Executive Functions Are Related to Intelligence. *Psychological Science*, 17, 172-179. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01681.x.
- Garrote, A. (2017). The relationship between social participation and social skills of pupils with an intellectual disability: A study in inclusive classrooms. *Frontline Learning Research*, 5(1), 1-15. doi: 10.14786/flr.v5i1.266.
- Gaul, D. e Issartel, J. (2016). Fine motor skill proficiency in typically developing children: On or off maturation track. *Human Movement Science*, 46, 78-85. doi: 10.1016/j.humov.2015.12.011.
- Golding, N. e Rose, J. (2015). Exploring the attitudes and knowledge of support workers toward individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19 (2), 116-129. doi: 10.1177/1744629514563777.
- Goreczny, A., Bender, E., Caruso, G. e Feinstein, C. (2011). Attitudes toward individuals with disabilities: Results of a recent survey and implications of those results. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1596-1609, doi: 10.1016/j.ridd.2011.02.005
- Governo dos Açores (2017). *Sobre o Museu do Pico*. Procura feita a 3 de agosto de 2017 , e disponível em: <http://www.azores.gov.pt/Portal/pt/entidades/pgra-drcultura-mrp/textoImagem/Sobre+o+Museu+do+Pico.html>.
- Greenspan, S., Harris, J. e Woods, G. (2015). Intellectual disability is “a condition, not a number”: Ethics of IQ cut-offs in psychiatry, human services and law. *Ethics, Medicine and Public Health*, 1, 312-324. doi: 10.1016/j.jemep.2015.07.004.
- Gritti, C., Paulino, V., Marques, L., Castiglioni L. e Bianchin, M. (2015). Desempenho ocupacional, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pacientes com epilepsia. *Revista Terapia Ocupacional da Universidade São Paulo*, 26(1):93-101.
- Grossman, H. (1983). *Classification in Mental Retardation*. Washington DC: AAMD, EUA.
- Harris, J. (2010). *Intellectual disability – A guide for families and professionals*. USA: Oxford University Press.
- Harries, J., Guscia, R., Nettelbeck, T. e Kirby, N. (2009). Impact of Additional Disabilities on Adaptive Behavior and Support Profiles for People With Intellectual Disabilities. *The American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114 (4), 237-253. doi: 10.1352/1944-7558-114.4.237-253.
- Hart, Y. (2012). Epidemiology, natural history and classification of epilepsy. *Medicine*, 40 (9), 471-476. doi: 10.1016/j.mpmed.2012.06.002.
- Hartman, E., Houwen, S., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). On the relationship between motor performance and executive functioning in children with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 468-477. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01284.x.
- Hinchcliffe, A. (2007). What is cerebral palsy and how does it affect children?. In A. Hinchcliffe (Eds.), *Children with Cerebral Palsy: A Manual for Therapists, Parents and Community Workers* (10-18). New Delhi: Sage Publications.



- Hilgenkamp, T., van Wijck, R. e Evenhuis, H. (2011). (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1977-1987. doi: 10.1016/j.ridd.2011.04.003.
- Henry, L., Cornoldi, C. e Mähler, C. (2010). Special issues on 'working memory and executive functioning in individuals with intellectual disabilities'. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(4), 293-294. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01266.x.
- Hockin, J., Pearson, A. e McNeil, J. (2013). Physiotherapy to improve gross motor skills in people with intellectual disability: a systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews e Implementation Reports*, 11(12), 94-108. doi: 10.11124/jbisrir-2013-1180.
- Houwen, S., Visser, L., van der Putten, A. e Vlaskamp, C. (2016). The interrelationships between motor, cognitive, and language development in children with and without intellectual and development. *Research in Developmental Disabilities*, 53-54, 19-31. doi: 10.1016/j.ridd.2016.01.012.
- Instituto Nacional de Estatística [INE] (2011). Censos 2011 XV Recenseamento Geral da População e V Recenseamento Geral da Habitação - Resultados Definitivos - Região Autónoma dos Açores. Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Jansen, B., De Lange, E. e Van der Molen, M. (2013). Math practice and its influence on math skills and executive functions in adolescents with mild to borderline intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 1815-1824. doi: 10.1016/j.ridd.2013.02.022.
- Jardim, N. e Santos, S. (2016). Effects of a Psychomotor Intervention in Water in the Quality of Life of Adults with Intellectual and Developmental Disabilities. *Journal of Novel Physiotherapy and Physical Rehabilitation*. 3(1): 53-60, doi: 10.17352/2455-5487.000036.
- Karam, S., Barros, A., Matijasevich, A., Santos, I., Anselmi, L., ..., Black, M. (2016). Intellectual Disability in a Birth Cohort: Prevalence, Etiology, and Determinants at the Age of 4 Years. *Public Health Genomics*, 19, 290-297. doi: 10.1159/000448912.
- Keith, J., Bennetto, L. e Rogge, R. (2015). The relationship between contact and attitudes: Reducing prejudice toward individuals with intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 14-26. doi: 10.1016/j.ridd.2015.07.032.
- Ketelaar, M., Vermeer, A., Hart, H., Beek, E. e Helden, P. (2001). Effects of a Functional Therapy Program on Motor Abilities of Children With Cerebral Palsy. *Physical Therapy*, 81(9), 1534-1545.
- Kirk, H., Gray, K., Ellis, K., Taffe, J. e Cornish, K. (2017). Impact of Attention Training on Academic Achievement, Executive Functioning, and Behavior: A Randomized Controlled Trial. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 122(2), 97-117. doi: 10.1352/1944-7558-122.2.97.
- Kirk, H., Gray, K., Riby, D. e Cornish, K. (2015). Cognitive training as a resolution for early executive function difficulties in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 38, 145-160. doi: 10.1016/j.ridd.2014.12.026.
- Koman, L., Smith, B. e Shilt, J. (2004). Cerebral Palsy. *The Lancet*, 363, 1619-1631. doi: 10.1016/S0140-6736(04)16207-7.
- Krageloh-Mann, I. e Cans, C. (2009). Cerebral palsy update. *Brain e Development*, 31, 537-544. doi:10.1016/j.braindev.2009.03.009.
- Krigger, K. (2006). Cerebral palsy: an overview. *American Family Physician*, 73(1), 91-100.
- La Malfa, G., Lassi, S., Bertelli, M., Albertini, G. e Dosen, A. (2009). Emotional development and adaptive abilities in adults with intellectual disability. A correlation study

- between the Scheme of Appraisal of Emotional Development (SAED) and Vineland Adaptive Behavior Scale (VABS). *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1406-1412. doi: 10.1016/j.ridd.2009.06.008.
- Lahtinen, U., Rintala, P. e Malin, A. (2007). Physical Performance of Individuals with Intellectual Disability: a 30-year Follow-up. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 24: 125-143.
- Li, C., Tsoi, E. e Wang, J. (2012). Chinese college students' attitudes toward people with intellectual disabilities: Differences by study major, gender, contact, and knowledge. *International Journal of Developmental Disability*, 58, 137-144. doi: 10.1179/2047386912Z.000000000014.
- Liptak, G. e Accardo, P. (2004). Health and social outcomes of children with cerebral palsy. *Journal Pediatric*, 145(2), 36-41.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., ..., Tasse, M. (2003). Book Review. *The Psychological Record*, 53, 327-329.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Reeve, A., ..., Tassé, M. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports* (10th Ed.). Washington DC: American Association on Mental Retardation.
- Luckasson, R., e Schalock, R. (2012). The Role of Adaptive Behavior in a Functionality Approach to Intellectual Disability. In Santos, S., e Morato, P. (Eds.), *Comportamento Adaptativo—10 anos depois* (9-18). Edições FMH. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- McCaughey, T. e Strohmer, D. (2005) Prototypes as an indirect measure of attitudes toward disability groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(2), 89-99.
- Mantovani, J. (2007). Definition and classification of CP: medical-legal and service implications. *Developmental medicine and child neurology*, 49(109), 42. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12628.x.
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber, Lda. Pêro Pinheiro.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As práticas entre o Instrumental e o Relacional. In V. Fonseca e R. Martins (Eds.), *Progressos em Psicomotricidade* (29-40). Cruz Quebrada: Serviço de Edições da Faculdade de Motricidade Humana.
- Martínez, N. e García, M. (2008). Psychomotor development in children with Down syndrome and physiotherapy in early intervention. *International Medical Journal on Down Syndrome*, 12(2), 28-32. doi: 10.1016/S2171-9748(08)70037-0.
- Matson, J., Dempsey, T. e LoVullo, S. (2009). Characteristics of social skills for adults with intellectual disability, autism and PDD-NOS. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3, 207-213. doi: 10.1016/j.rasd.2008.05.006.
- Matson, J., Rivet, T., Fodstad, J., Dempsey, T. e Boisjoli, J. (2009). Examination of adaptive behavior differences in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 30, 1317-1325. doi: 10.1016/j.ridd.2009.05.008.
- McLaughlin, J. (2007). Definition of cerebral palsy: clinical perspective. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49 (109): 27-28, doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12620.x.
- Miyake, A., Friedman, N., Emerson, M., Witzki, A., Howerter, A., e Wager, T. (2000). The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex "frontal lobe" tasks: A latent variable analysis. *Cognitive Psychology*, 41, 49–100. doi: 10.1006/cogp.1999.0734.

- Morais, A., Novais, R. e Mateus, S. (2005). Psicomotricidade em Portugal. *A Psicomotricidade*, 5, 41-49.
- Morato, P. e Santos, S. (2007). Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais: a Mudança de Paradigma na Concepção da Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial*. IV Série, 14, 51-55.
- Morato, P. e Santos, S. (2012). Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. A mudança de Paradigma na concepção de Deficiência Mental. In Sanches, I.; Costa, M.; Mota, A. e Santos, A. (org). *Para uma Educação Inclusiva: dos conceitos às práticas*. (11-17) CEIFF. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnológica. (ebook)
- Morin, D., Crocker, A., Beaulieu-Bergeron, R. e Caron, J. (2013a). Validation of the attitudes toward intellectual disability – ATTID questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (3), 268-278. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01559.x.
- Morin, D., Rivard, M., Boursier, C., Crocker, A. e Caron, J. (2015). Norms of the Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (5), 462-467. doi: 10.1111/jir.12146.
- Morin, D., Rivard, M., Crocker, A., Boursier, C. e Caron, J. (2013b). Public attitudes towards intellectual disability: a multidimensional perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 279-292, doi: 10.1111/jir.12008.
- Morris, C. (2007). Definition and classification of cerebral palsy: a historical perspective. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 109, 3-7. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.00201.xf.
- Motamedi, G. e Meador, K. (2003). Epilepsy and cognition. *Epilepsy e Behavior*, 4, 25-38. doi: 10.1016/j.yebeh.2003.07.004.
- Muñoz, J., Blasco, G., e Suárez, M. (1997). Deficientes Motores II: Paralisia cerebral. In R. Bautista (Ed.), *Necessidades Educativas Especiais* (293-315). Lisboa: Dinalivro.
- Murch, A., Choudhury, T., Wilson, M., Scior, K., Collerton, E. e Patel, M. (2017). Explicit and implicit attitudes towards people with intellectual disabilities: The role of contact and participant demographics. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1-7. doi: 10.1111/jar.12429.
- Murray, G., Veijola, J., Moilanen, K., Miettunen, J., Glahn, D., ..., Isohanni, M. (2006). Infant motor development is associated with adult cognitive categorization in a longitudinal birth cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 25-29. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01450.x.
- Nader-Grosbois, N., Houssa, M. e Mazzone, S. (2013). How could Theory of Mind contribute to the differentiation of social adjustment profiles of children with externalizing behavior disorders and children with intellectual disabilities?. *Research in Developmental Disabilities*, 34, 2642-2660. doi: 10.1016/j.ridd.2013.05.010.
- Navas, P., Verdugo, M., Arias, B. e Gómez, L. (2012). Development of an instrument for diagnosing significant limitations in adaptive behavior in early childhood. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 1551-1559. doi: 10.1016/j.ridd.2012.03.006.
- Newton, J., Olson, D., Horner, R. e Ard, W. (1996). Social Skills and the Stability of Social Relationships Between Individuals With Intellectual Disabilities and Other Community Members. *Research in Developmental Disabilities*, 17(1), 15-26.
- Nickel, R. e Petersen, M. (2008). Cerebral Palsy. In M. Nolaich, P. Dworkin, D. Drotar, e E. Perrin (Eds.), *Developmental-Behavioral Pediatrics: Evidence and Practice* (483-485). Filadélfia: Mosby Elsevier.

- Nieuwenhuijzen, M. e Vriens, A. (2012). (Social) Cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 426-434. doi: 10.1016/j.ridd.2011.09.025.
- Nihira, K. (2012). AAMR Adaptive Behavior Scale: Its History. In Santos, S., e Morato, P. (Eds.), *Comportamento Adaptativo — 10 anos depois (75-82)*. Edições FMH. Faculdade de Motricidade Humana. Universidade Técnica de Lisboa.
- Nihira, K., Leland, H., e Lambert, N. (1993). Adaptive-Behavior Scale—Residential and Community: Examiner's Manual. (2nd ed.). Pro-Ed.
- Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora [NRMRP]. (2016). *Normas Regulamentares do Mestrado de Reabilitação Psicomotora*. Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa (documento não publicado).
- Odding, E., Roebroeck, M. e Stam, H. (2006). The epidemiology of cerebral palsy: Incidence, impairments and risk factors. *Disability and Rehabilitation*, 28(4), 183-191. doi: 10.1080/09638280500158422.
- Oliveira, R. (2009). Social Behavior in Context: Hormonal Modulation of Behavioral Plasticity and Social Competence. *Integrative and Comparative Biology*, 49, 423-440. Doi: 10.1093/icb/icp055.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal na Psicomotricidade da criança: Um ensaio para uma Estratégia de Intervenção Educo-Terapêutica para que a criança comece a adquirir a Noção da Sociabilidade, da Criatividade e da Aprendizagem em Grupo. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- Organização Mundial de Saúde [OMS] (2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade*. Direção Geral de Saúde.
- Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Brown, H. e Arsenault, E. (2010). Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(2), 132-142. doi: 10.1111/j.1468-3148.2009.00514.x
- O'Shea, M. (2008). Cerebral Palsy. *Seminars in Perinatology*, 32(1), 35-41. doi: doi:10.1053/j.semperi.2007.12.008.
- Pakula, A., Braun, K. e Yeargin-Allsop, M. (2009). Cerebral Palsy: Classification and Epidemiology. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America*, 20, 425-452. doi: 10.1016/j.pmr.2009.06.001.
- Panayiotopoulos, P. (2011). The new ILAE report on terminology and concepts for organization of epileptic seizures: A clinician's critical view and contribution. *Epilepsia*, 52 (12): 2155–2160. doi: 10.1111/j.1528-1167.2011.03288.x.
- Pereira, D. e Santos, S. (2017). As atitudes face à população com DID no Bairro das Mahotas, Maputo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 24, 80-101
- Pitteri, F. (2004). Psychomotor Evaluation. *A Psicomotricidade*, 3, 45-49;
- Plano de Gestão de Recursos Hídricos [PGRH] da ilha do Pico. (2014). *Relatório Técnico - Caracterização da Situação de Referência e Diagnóstico – PGRHI Pico*. Secretaria Regional do Ambiente e do Mar
- Roelofs, R., Visser, E., Berger, H., Prins, J., Van Scrojenstein Lantman-De Valk, H. e Teunisse, J. (2015). Executive functioning in individuals with intellectual disabilities and autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (2), 125-137. doi: 10.1111/jir.12085.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., Dan, B. e Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April



2006. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 109(8), 8-14. doi: 10.1111/j.1469-8749.2007.tb12610.x.

Russell, P., John, J., Lakshmanan, J., Russell, S., Nair, M. e Ganesh, B. (2014). Pre-intervention Predictors for Acquisition of Adaptive Behavior Among Children with Intellectual Disability. *Indian Journal of Pediatrics*, 81(2), 165-168. doi: 10.1007/s12098-014-1590-5.

Russman, B. e Ashwal, S. (2004). Evaluation of the Child With Cerebral Palsy. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11 (1), 47-57. doi: 10.1016/j.spen.2004.01.007.

Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.

Sankar, C. e Mundkur, N. (2005). Cerebral Palsy – Definition, Classification, Etiology and Early Diagnosis. *Indian Journal of Pediatrics*, 72, 865-868.

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016a). *Centro Clínico*. Procura feita a 11 de outubro de 2016 em <http://www.scmmadalena.pt/valencesecat=PhwdaTLF>

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016b). *Centro de Apoio à Criança e Centro Ocupacional*. Procura feita a 11 de outubro de 2016 em <http://www.scmmadalena.pt/valencesecat=E3zGcoJw>

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016c). *Historial*. Procura feita a 11 de outubro de 2016, em <http://www.scmmadalena.pt/institution/>

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016d). *Lar de Idosos*. Procura feita a 11 de outubro de 2016, em <http://www.scmmadalena.pt/valencesecat=k620UFNj>

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016e). *Regulamento Interno do Centro de Atividades Ocupacionais da Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico*. Documento em formato papel e disponível na instituição (documento não publicado).

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016f). *Regulamento Interno do Lar Residencial da Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico*. Documento em formato papel e disponível na instituição (documento não publicado).

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016g). *Organograma*. Procura feita a 11 de outubro de 2016, em <http://www.scmmadalena.pt/institutionecat=1Xi5wp6R>

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016h). *Serviço de Apoio Domiciliário*. Procura feita a 11 de outubro de 2016, em <http://www.scmmadalena.pt/valencesecat=qigGLACZ>

Santa Casa da Misericórdia da Madalena do Pico [SCMMP] (2016i). *Universidade Sénior*. Procura feita a 11 de outubro de 2016 em <http://www.scmmadalena.pt/valencesecat=6V3ycXK9>

Santos, S. (2003). Comportamento Adaptativo e Psicomotricidade. *A Psicomotricidade*, 1(2), 34-40.

Santos, S. (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento na Actualidade. Educação Inclusiva – *Revista da Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial*. 1 (2) – dossier temático.

Santos, S. (2014). Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi: 10.4236/ce.2014.57059.

- Santos, S. (2017). A qualidade de vida na Dificuldade Intelectual: mito urbano? *Revista Fenacerci*, 22-23.
- Santos, S. (no prelo). Psychomotor therapy e intellectual disability: from 0 to 100. *International Journal of Psychology and Neuroscience* (IJPN).
- Santos, S. e Franco, V. (2017). As atitudes face à Dificuldade Intelectual. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 24, 11-25.
- Santos, S. e Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com Dificuldade Intelectuais e Desenvolvimentais vs. a Convenção dos Direitos da Criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16 (s1): 51-54 Doi: 10.1111/1471-3802.12268
- Santos, S. e Morato, P. (2004). *Escala de Comportamento Adaptativo versão Portuguesa – Fichas de Registo* (documento não publicado).
- Santos, S. e Morato, P. (2007). Estudo Exploratório do Comportamento Adaptativo no Domínio Psicomotor em Populações Portuguesas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 9, 21-31.
- Santos, S. e Morato, P. (2008). Dificuldades Intelectuais, Comportamento Adaptativo e Sistema de Apoios. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. IV Série. 15, 7-14.
- Santos, S., e Morato, P. (2012a). Acertando o passo! Falar de deficiência mental é um erro: deve falar-se de dificuldade intelectual e desenvolvimental (DID). Por quê? *Revista Brasileira Educação Especial*, 18, 3-16.
- Santos, S., e Morato, P. (2012b). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois*. Edições FMH/UTL.
- Santos, S. e Morato, P. (2012c). O Comportamento Adaptativo em Portugal. In S. Santos, e P. Morato (eds.). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois* (19-33). Edições FMH/UTL.
- Santos, S. e Morato, P. (2012d). A Escala de Comportamento Adaptativo – versão portuguesa. In S. Santos, e P. Morato (eds.). *Comportamento Adaptativo – 10 anos depois* (83-100). Edições FMH/UTL.
- Santos, S., e Morato, P. (2012e). Estudo Comparativo do Comportamento Adaptativo da População Portuguesa Com e Sem Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. In *Comportamento Adaptativo: Dez anos depois* (101–120). Cruz-Quebrada: Edições FMH.
- Santos, S., Morato, P. & Luckasson, R. (2014). Psychometric Properties of the Portuguese Version of the Adaptative Behavior Scale. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(5), 369-387. doi: 10.1352/1934-9556-52.5.379.
- Santos, S. e Santos, S. (2007) Comportamento Adaptativo e Qualidade de Vida nas Crianças com Deficiência Mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. IV Série. 14, 57-67
- Schalock, R. (2011). The evolving understanding of the construct of intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36 (4), 227-237. doi: 10.3109/13668250.2011.624087.
- Schalock, R., Bonham, G. e Verdugo, M. (2008). The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning*, 31, 181-190. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2008.02.001.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Luckasson, R. e Reeve, A. (2010). *Intellectual Disability – Definition, Classification, and Systems of Supports*. AAIDD. 11ª Edição, Washington, D.C.

- Schalock, R. Gardner, J. e Bradley, V. (2007a). The Concepts of Quality of Life and Personal Outcomes. In R. Schalock, J. Gardner e V. Bradley (Eds.), *Quality of life for people with intellectual and developmental disabilities: applications across individuals, organizations, communities, and systems* (3-13). 1<sup>st</sup> edition. Washington: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntix, W., Lachapelle, Y., Shogren, K. e Wehmeyer, M. (2012). *User's guide: intellectual disability: definition, classification and systems of supports* (11a ed.). Washington, D.C.: AAIDD.
- Schalock, R., Luckasson, R., Shogren, K., Borthwick-Duffy, W., Bradley, V., Buntinx, W., . . . Yeager, M. (2007b). The Renaming of Mental Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45, 116-124. doi: 10.1352/1934-9556(2007)45[116:TROMRU]2.0.CO;2.
- Schalock, R. e Verdugo, M. (2002). The Concept of Quality of Life: Its Meaning, Importance, and Our Approach to It. In D. Braddock (Ed.), *Handbook on Quality of Life for Human Service Practitioners*. Washington: American Association on Mental Retardation.
- Schippers, A. (2010). Quality of life in disability studies. *Medische Antropologie*, 22, 277 – 288.
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2164-2182. doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.005.
- Serviço Regional de Estatística dos Açores [SREA] (2008). *Anuário Estatístico da Região Autónoma dos Açores – 2007*. Serviço Regional de Estatística dos Açores. Angra do Heroísmo.
- Shevell, M. (2008). Global Developmental Delay and Mental Retardation or Intellectual Disability: Conceptualization, Evaluation, and Etiology. *Pediatric Clinics of North America*, 55, 1071-1084. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.010.
- Silvia, T. e Ofelia, P. (2013). Aspects on the motor and psychomotor development of the child with intellectual disabilities. *Science, Movement and Health*, 13 (2), 551-557. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.02.266.
- Simões, C. e Santos, S. (2013). A Qualidade de Vida na Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental: Operacionalização do conceito na Intervenção. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, IV Série (20), 41-27.
- Simões, C., Santos, S. e Biscaia, R. (2016). Validation of the Portuguese version of the Personal Outcomes Scale. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 16(2), 186-200 doi: 10.1016/j.ijchp.2015.11.002.
- Smith, M. e Buelow, J. (1996). Epilepsy. *Disease-a-Month*, 42(11), 728-827.
- Smits-Engelsman, B. e Hill, E. (2012). The Relationship Between Motor Coordination and Intelligence Across the IQ Range. *Official Journal of the American Academy of Pediatrics*, 130, 950-956. doi: 10.1542/peds.2011-3712.
- Soares, A. (2016). *Relatório de Estágio Intervenção Psicomotora na Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais de Velas - Centro de Atividades Ocupacionais*. Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa (documento não publicado)
- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe [SCPE] (2000). Surveillance of cerebral palsy in Europe: a collaboration of cerebral palsy surveys and register. *Developmental Medicine e Child Neurology*, 42, 816-824.

- Tassé, M., Schalock, R., Balboni, G., Bersani, H., Borthwick-Duffy, S., Spreat, S., Thissen, D., Widaman, K. e Zhang, D. (2012). The Construct of Adaptive Behavior: Its Conceptualization, Measurement, and Use in the Field of Intellectual Disability. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117 (4), 291-303. doi: 10.1352/1944-7558-117.4.291.
- Teodorescu, S. e Popescu, O. (2014). Options to Educate the Intersegmental Coordination and Balance of Children with Intellectual Disabilities by Multi-sensory Stimulation Programmes. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 117, 581-587. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.02.266.
- Tervo, R. e Palmer, C. (2004). Health Professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 18, 908-915.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Shogren, K., ..., Snell, M. (2009). Conceptualizing Supports and the Support Needs of People with Intellectual Disability. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47, 135-146. doi: 10.1352/1934-9556-47.2.135
- Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craig, E., Hughes, C., Rotholz, D., Schalock, R., Silverman, W., Tassé, M. e Wehmeyer, M. (2004). *Supports Intensity Scale – User Manual*. American Association on Mental Retardation.
- Torres-Unda, J., Polo, V., Dunabeitia, I., Bidaurrezaga-Letona, I., García-Gil, M., ..., Irazusta, J. (2017). The Feldenkrais Method improves functioning and body balance in people with intellectual disability in supported employment: A randomized clinical trial. *Research in Developmental Disabilities*, 70, 104-112. doi: 10.1016/j.ridd.2017.08.012.
- Umadevi, V. e Sukumaran, P. (2012). Functional Social Skills of Adults with Intellectual Disability. *Disability, CBR and Inclusive Development*, 23(2), 72-80. doi: 10.5463/DCID.v23i2.76.
- United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [UNESCO] (2017). *Landscape of the Pico Island Vineyard Culture*. Procura feita a 3 de agosto de 2017 em <http://whc.unesco.org/en/list/1117>.
- Valente, P., Santos, S. e Morato, P. (2012). A intervenção psicomotora como (um sistema de) apoio na população com dificuldade intelectual e desenvolvimental. *A Psicomotricidade*, 15, 10-23.
- Verdugo, M., Schalock, R., Keith, K. e Stancliffe, R. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49 (10), 707-717. doi: 10.1111/j.1365-2788.2005.00739.x.
- Vuijk, P., Hartman, E., Scherder, E. e Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (2), 955-965. Doi: doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01318.x
- Wehmeyer, M. (2013). Disability, Disorder, and Identity. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(4), 122-126. doi: 10.1352/1934-9556-51.2.122.
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M., ... Yeager, M. (2008). Perspectives – The Intellectual Disability Construct and Its Relation to Human Functioning. *Intellectual ad Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318. doi: doi: 10.1352/1934-9556(2008)46[311:TIDCAI]2.0.CO;2.
- Westendorp, M., Houwen, S., Hartman, E. e Visscher, Ch. (2011). Are gross motor skills and sports participation related in children with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1147-1153. doi: 10.1016/j.ridd.2011.01.009.
- Willner, P., Bailey, R., Parry, R. e Dymond, S. (2010). Evaluation of executive functioning in people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54 (4), 366-379. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01249.x.

- Winawer, M. (2006). Phenotype definition in epilepsy. *Epilepsy and Behavior*, 8, 462-476. doi: 10.1016/j.yebeh.2006.01.012.
- Winter, S. (2007). Cerebral Palsy. In J. Jacobson, J. Mulick, e J. Rojahn (Eds), *Handbook of Intellectual and Developmental Disabilities* (61-80). New York: springer.
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Wood, E. (2006). The Child with Cerebral Palsy: Diagnosis and Beyond. *Seminars in Pediatric Neurology*, 13(4), 286-296. doi: 10.1016/j.spen.2006.09.009.
- Woolf, S., Woolf, C. e Oakland, T. (2010). Adaptive Behavior Among Adults With Intellectual Disabilities and Its Relationship to Community Independence. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48(3), 209-215. doi: 10.1352/1944-7558-48.3.209.
- World Health Organization (WHO). (2007). *Intellectual Disability - A Manual for CBR Workers*. Department of Noncommunicable Diseases and Mental Health.
- World Health Organization (2015). *Internal Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)- 2015-WHO Version*. Consultado a 2 de dezembro de 2016 em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F70-F79>
- Wuang, Y., Wang, C., Huang, M. e Su, C. (2008). Profiles and cognitive predictors of motor functions among early school-age children with mild intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52 (12), 1048-1060. doi: 10.1111/j.1365-2788.2008.01096.x.
- Zikl, P., Holoubková, N., Karásková, H. e Veselíková, T. (2013). Gross Motor Skills of Children with Mild Intellectual Disabilities. *International Journal of Social, Human Science and Engineering*, 7(10), 3379-3385.
- Zuberi, S. e Symonds, J. (2015). Update on diagnosis and management of childhood epilepsies. *Jornal de Pediatria*, 91 (6), 67-77. doi: 10.1016/j.jped.2015.07.003.

---

## **Anexos**

---





## Anexo A

### ATITUDES FACE À DIFICULDADE INTELECTUAL E DESENVOLVIMENTAL NO ARQUIPÉLAGO DOS AÇORES – ILHAS DO PICO, SÃO JORGE E SÃO MIGUEL

**Simone Amorim**

Mestrado Reabilitação Psicomotora  
Faculdade de Motricidade Humana  
Universidade de Lisboa

**Sofia Santos**

Faculdade de Motricidade Humana  
UIDEF – Instituto da Educação  
Universidade de Lisboa

**Resumo:** O conceito de Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental (DID) tem evoluído ao longo dos últimos anos e, consequentemente, as atitudes positivas face a esta população têm sido mais frequentes, parecendo indiciar a sua (maior) participação social. No entanto, as atitudes negativas e estereotipadas ainda detêm consequências negativas na qualidade de vida das pessoas com DID. Existem vários fatores que influenciam as atitudes face a esta população, tais como a idade, o género, as habilitações académicas, entre outras. O presente artigo tem como objetivo analisar as atitudes face às pessoas com DID de 86 adultos (idade superior a 18 anos), das ilhas do Pico, São Jorge e São Miguel (Açores), em que 66 são do género feminino e 20 do masculino. A versão portuguesa do questionário *Attitudes Towards Intellectual Disability* (ATTID) foi aplicada a todos, e os resultados analisados tendo em conta as variáveis: ilha, género, idade, estado civil, habilitações académicas, situação profissional e rendimento. Maioritariamente, os resultados foram positivos, existindo uma concordância de resultados entre as ilhas do Pico e São Miguel, e uma tendência para a neutralidade pelos participantes da ilha de São Jorge. As principais conclusões e recomendações serão apresentadas.

**Palavras-Chave:** Atitudes; Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental; Açores.

**Abstract:** The conceptualization of Intellectual and Developmental Disability (IDD) has changed over the last few years and, consequently, more positive attitudes toward this population have been reported, pointing out a better social participation of these subgroup. However, negative and stereotyped attitudes still have negative consequences on the quality of life of these persons. There are some sociodemographic variables that influence and predict the attitudes toward this population, such as age, gender, academic qualifications and other. In order to know more about the attitudes towards persons with IDD in Azores, the aim of this article is to analyze the attitudes of 86 adults (aged over 18 years), from Pico, São Jorge and São Miguel islands (Azores), in which 66 are female and 20 are male. The Portuguese version of Attitudes towards Intellectual Disability (ATTID) questionnaire was applied, and the results were analyzed through the variables: island, gender, age, marital status, academic qualifications, professional status and income. In general, the results were positive, with a concordance of results between the islands of Pico and São Miguel, and a tendency towards neutrality by the participants from São Jorge. Conclusions and recommendations will be presented.

**Key-words:** Attitudes; Intellectual and Developmental Disability; Azores.



## **Introdução**

De acordo com Wehmeyer (2013), quando damos o “nome” a uma perturbação estamos, inevitavelmente, a ter impacto na forma como a sociedade interpreta a pessoa diagnosticada, e na forma como ela própria se interpreta, acabando por influenciar a construção da sua identidade. Ao longo do tempo, as pessoas com DID têm sido vistas, pela maioria das sociedades, como um grupo desfavorecido, contribuindo para a discriminação e atitudes negativas face a este grupo (Akrami, Ekehammar, Claesson e Sonnander, 2006; Santos e Gomes, 2016).

A atitude refere-se à predisposição para agir previsivelmente perante um elemento ou um grupo (McCaughey e Strohmer, 2005), influenciando sentimentos, pensamentos e ações (Tervo e Palmer, 2004). As atitudes, face às pessoas com DID, impactam as abordagens políticas e o sucesso da sua implementação (Benomir, Nicolson e Beail, 2016; Scior, 2011) dado influenciarem as respostas dadas a estes indivíduos e às suas famílias (Coles e Scior, 2012), bem como à interação entre todos os membros da sociedade (com e sem DID) (Li, Tsoi e Wang, 2012).

A nova definição de DID, que joga agora com os dois critérios – intelectual e adaptativo, cujas limitações, dois desvio-padrão abaixo da média, se expressam ao nível das competências cognitivas, práticas e sociais até aos 18 anos (Schalock et al., 2012), e que exige a estimulação das capacidades, inserida num quadro de oportunidades em contexto real, tem repercussões na organização dos serviços e apoios prestados, o que irá afetar e ser afetado pelas atitudes e expectativas vigentes (Buntinx e Schalock, 2010; Santos e Gomes, 2016). O objetivo é potenciar as atitudes positivas para a capacitação e autodeterminação, com a diminuição de comportamentos de pena, caridade ou descredibilização (Santos, 2010, 2014; Santos e Gomes, 2016), não se restringindo apenas à introdução dos indivíduos em ambientes inclusivos, mas também à sua interação (com e sem DID) (Li et al., 2012).

Existem vários fatores que influenciam as atitudes face às pessoas com DID. De uma forma geral, o género parece deter algum impacto com os elementos do género feminino com atitudes mais positivas (Estevão, Marques, Pacheco e Santos, 2017; Laat, Freriksen e Vervloed, 2012; Li et al., 2012; Morin, Rivard, Boursier, Crocker e Caron, 2015; Scior, 2011), apesar da tendência para a homogeneidade de respostas entre géneros nos últimos anos (Chan, Livneh, Pruett, Wang, e Zheng, 2009) e de outros estudos inconclusivos (e.g.: Ouellette-Kuntz, Burge, Brown e Arsenault, 2010) ou mesmo contraditórios (e.g.: Hampton e Xiao, 2008; Murch et al., 2017). Scior, Kan, McCoughlin e Sheridan (2010) constataram que as diferenças

observáveis entre géneros tendem a minimizar quando se agregam outras variáveis sociodemográficas.

Ao nível da idade, verifica-se a existência de diferenças significativas (Morin et al., 2015) com as pessoas mais novas a demonstrarem atitudes mais positivas (Amorim, Barrote, Costa e Santos, 2017; Chan et al., 2009; Goreczny, Bender, Caruso e Feinstein, 2011; Morin, Rivard, Crocker, Boursier e Caron, 2013b; Morin et al., 2015; Murch et al., 2017; Scior, 2011) e uma menor distância social (Ouellette-Kuntz et al., 2010), apesar de ainda algumas inconsistências, i.e., o estudo de Li e colaboradores (2012) não verificou uma associação entre a idade e a inclusão. Na avaliação das atitudes de 167 alunos belgas do ensino secundário entre os 11 e os 20 anos face aos seus colegas com necessidades educativas especiais, Bossaert, Colpin, Pijl e Petry (2011) constataram atitudes razoavelmente tolerantes sendo mais positivas a nível universitário, mas evidenciando a relação com outras características individuais (e.g.: género e nível de conforto).

O nível de escolaridade (Chan et al., 2009; Murch et al., 2017; Ouellette - Kuntz et al., 2010; Scior, 2011) e o estatuto socioeconómico e cultural também parecem influenciar as atitudes e à medida que aumentam parece acarretar atitudes mais positivas (Murch et al., 2017; Pereira e Santos, 2017). De uma forma geral, as pessoas com maior conhecimento e contacto com as pessoas com DID têm mais atitudes positivas face à sua participação social (Golding e Rose, 2015; Li et al., 2012; Scior, 2011). Os participantes do estudo de Golding e Rose (2015) referiram que, antes do contacto e conhecimento sobre a DID, tinham receio de falar com pessoas com DID, acrescentando que as atitudes parecem ter melhorado nos últimos 20 anos, reforçando a ideia que quem sabe mais e se sente mais confortável na interação com pessoas com DID, denota atitudes mais positivas face à inclusão dos mesmos (Griffin, Summer, McMillan, Day e Hodapp, 2012).

As evidências parecem apontar também para que, quando há um nível mais baixo de escolaridade, há tendencialmente um menor conhecimento das capacidades e direitos dos indivíduos com DID (Murch et al., 2017), sendo esta evidência corroborada a nível nacional quando se analisaram as atitudes dos alunos de licenciatura e mestrado em Reabilitação Psicomotora, constatando-se que há medida que aumenta o nível de habilitação literária, aumenta o conhecimento sobre a DID (e.g.: causas e estratégias) com resultados mais positivos ao nível de um maior conhecimento das suas capacidades e direitos (Simões, Coiteiro, Silva, Cardoso e Santos, 2017) apesar de ainda alguns resultados inconclusivos (e.g.: Li et al., 2012; Morin et al., 2015).

As experiências e contacto prévios (Barbosa, Frade, Magalhães e Santos, 2017; Ferrara, Burns e Mills, 2015), bem como a qualidade do contacto que sendo positiva diminui o preconceito e aumenta a expectativa face ao seu desempenho (Keith, Bennetto e Rodge, 2015), são outros fatores a considerar na formação de atitudes. Destaca-se, assim, a importância assumida pela quantidade e a qualidade do contacto na mudança para atitudes mais positivas perante a população com DID (Keith et al., 2015), associadas a níveis inferiores de preconceitos (Keith et al., 2015; Li et al., 2012; Morin et al., 2013b) e a atitudes potenciadoras da inclusão, autodeterminação e independência dos indivíduos com DID (Keith et al., 2015). Os autores relembram, contudo, que são necessárias condições de interação, pois a “simples exposição” à DID não será suficiente para alcançar resultados positivos.

Destaca-se também a importância que o conhecimento sobre a DID tem, pois com a falta de conhecimento, as atitudes negativas e estigmatizantes tendem a prevalecer, mesmo quando se aceita que os direitos são universais (Scior, 2011). Quando as interações entre a sociedade em geral e os indivíduos com DID não é voluntária, cooperativa e “íntima”, poderá desencadear atitudes negativas, no entanto, quando a interação é igualmente percebida, prazerosa e de qualidade, as atitudes positivas aumentam, diminuindo consequentemente o preconceito (Keith et al., 2015).

É no âmbito das mais recentes inovações concetuais político-práticas (e.g.: Decreto-Lei nº3/2008) sobre igualdade de oportunidades, autodeterminação, participação social e QdV, que se justifica a pertinência da avaliação das atitudes da população em geral face às pessoas com DID. Embora as atitudes face à DID conscientemente sejam tolerantes e recetivas, inconscientemente continuam a descrever negativamente a deficiência (Murch et al., 2017). Neste sentido, é importante analisar as atitudes vigentes face às pessoas com DID, tentando identificar facilitadores e barreiras à participação social destas pessoas visando a seleção de estratégias de atuação futuras.

Apesar de alguns estudos a nível nacional (e.g.: Amorim et al., 2017; Branco e Santos, 2017; Estevão et al., 2017) e depois de um ano de estágio numa comunidade “pequena” Açoriana, achou-se importante abordar esta temática, dadas as ainda visíveis dificuldades na abordagem (Soares, 2016), que se pretende mais positiva e menos institucionalizada, às pessoas com DID. Desta forma, o objetivo deste estudo passou por analisar as atitudes da população em geral de três das ilhas Açorianas – Pico, S. Jorge e S. Miguel, face às pessoas com DID ao nível do conhecimento das causas, sentimentos, interação, capacidades e direitos, e desconforto, para determinar estratégias eficazes para alterar as atitudes negativas (Amorim et al., 2017; Patel e

Rose, 2014). Conhecer as atitudes e o comportamento da sociedade poderá auxiliar o governo na aquisição de estratégias para melhorar a QdV destes indivíduos (Patel e Rose, 2014).

## 1. Método

### 2. Amostra

A amostra do presente estudo (tabela 1) foi composta por 86 indivíduos, 66 do género feminino e 20 do género masculino, com idades iguais ou superiores a 18 anos, todos de nacionalidade Portuguesa. Os inquiridos são residentes no arquipélago dos Açores, nas ilhas de Pico (N=32), São Jorge (N=44) e São Miguel (N=10).

**Tabela 8** - Características demográficas da amostra (N = 86)

	<b>Características</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>	Feminino	66	76,7
	Masculino	20	23,3
<b>Idade</b>	Entre 18 e 29 anos	21	24,4
	Entre 30 e 39 anos	23	26,7
	Entre 40 e 49 anos	21	24,4
	Entre 50 e 59 anos	15	17,4
	Superior a 60 anos	6	7
<b>Estado Civil</b>	Casado	40	46,5
	União de Facto	9	10,5
	Viúvo	2	2,3
	Separado	2	2,3
	Divorciado	6	7
	Solteiro	27	31,4
<b>Habilitações Académicas</b>	1.º Ciclo (4.º ano)	4	4,7
	Ensino Básico (9.º ano)	14	16,3
	Ensino Secundário	33	38,4
	Ensino Superior (Bacharelato/Licenciatura)	22	25,6
	Ensino Superior (Mestrado)	13	15,1
<b>Situação Profissional</b>	Trabalhador (Tempo Inteiro)	72	83,7
	Trabalhador (Tempo Parcial)	5	5,8
	Doméstica	1	1,2
	Desempregado	3	3,5
	Estudante	2	2,3
	Aposentado	3	3,5
<b>Ilha de Residência</b>	Pico	32	37,2
	São Jorge	44	51,2
	São Miguel	10	11,6

### 3. Instrumento

O *Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire* (ATTID) teve na base da sua construção diferentes instrumentos, validados previamente, garantindo a avaliação das áreas afetiva, cognitiva e comportamental (Morin et al., 2013). Os itens constituintes do ATTID resultaram da revisão intensiva da literatura existente de instrumentos já validados na área e em documentos internacionais (e.g.: declarações dos direitos de Montreal). O ATTID é constituído por 67 itens, divididos em três secções distintas:

cognitiva (30 itens), afetiva (18 itens) e comportamental (19 itens). A cotação do presente instrumento é feita com base numa escala de *Likert*, com valores a variar entre 1 (concordo totalmente) e 5 (discordo totalmente), onde a pontuação 3 revela uma posição neutra (Morin et al., 2013a). Existem ainda dois casos/exemplos (o António e o Rafael com níveis de funcionalidade diferentes, apresentando o primeiro maior nível de funcionalidade) que pretendem averiguar se as atitudes são ou não influenciadas pelo nível de conhecimento sobre a DID (Morin et al., 2013a).

A secção cognitiva divide-se em dois fatores distintos: “Conhecimento da Capacidade e Direitos” e “Conhecimento das Causas”, sendo que as questões se encontram divididas em seis categorias: a primeira sobre a tendência de considerar as pessoas com DID como parte de um grupo homogéneo, e a tendência para as distinguir; a segunda, relativa à integração destas pessoas na sociedade; a terceira averigua a etiologia da DID; em quarto, os mitos e crenças relacionadas com esta perturbação do desenvolvimento; a quinta, incide sobre a capacidade/potencial da pessoa com DID; e, por fim, os direitos das pessoas com DID (Morin et al., 2013a). Na componente afetiva incluem-se dois fatores “Desconforto e Sensibilidade” e “Compaixão”, e na comportamental, verifica-se que os itens se mantêm, independentemente do grau de severidade da DID (Morin et al., 2013a).

A análise fatorial do ATTID fundamentou uma solução de cinco componentes, ao explicar 39,36% da variância total, com as correlações de Pearson a variar entre -.03 e .54, sugerindo assim associações fracas a moderadas entre os fatores (Morin et al., 2013a), apesar da única correlação não significativa entre a *Interação* e o *Conhecimento das causas* ( $p < .01$ ) (Morin et al., 2013a). Relativamente à fiabilidade geral de todo o questionário (.92), verifica-se uma boa consistência interna, com os valores de alpha de Cronbach das subescalas a variar entre .59 e .89 (Morin et al., 2013a).

#### **4. Procedimentos**

Durante o processo de recolha e análise de dados, verifica-se que foram assegurados todos os pressupostos éticos, característicos de investigações neste âmbito, i.e., anonimato e confidencialidade. Para os participantes das ilhas do Pico e São Jorge, os questionários foram entregues diretamente, sendo que o investigador principal esteve sempre presente na altura do preenchimento, caso surgissem dúvidas relativas a este. Quanto aos participantes da ilha de São Miguel, os questionários foram enviados via correio, acompanhados por uma folha de esclarecimentos de possíveis dúvidas que pudessem surgir, elaborado com base nas questões levantadas pelos participantes

das restantes ilhas, apresentando também os contactos diretos da investigadora, caso surgissem outras questões além das apresentadas no documento anexo. A aplicação média do questionário foi de 20-30 minutos. Os dados obtidos foram tratados na versão 24 do *IBM SPSS Statistics*.

## **5. Apresentação dos Resultados**

Inicialmente, procedeu-se à análise da normalidade, e apesar dos valores inferiores a .05, e baseados no N da amostra ser superior a 30 (Marôco, 2014) optou-se pelas técnicas paramétricas: o teste t-student foi utilizado nas variáveis dicotómicas (e.g.: género) sendo concretizadas as restantes análises (i.e.: variáveis com mais de três categorias) através do teste ONE-WAY ANOVA (e.g.: ilhas, faixa etária, situação profissional, habilitações literárias, estado civil e rendimento). Quando os resultados apontaram para a existência de diferenças significativas, foi realizado o teste *post-hoc Scheffe* para se identificar quais os itens onde se observaram as diferenças significativas.

Neste sentido, optou-se, e dada a quantidade de dados obtidos, por apresentar apenas os resultados dos fatores e, quando os mesmos apresentavam diferenças, os respetivos itens que contribuíam para essas diferenças. Analisando os resultados obtidos na variável Ilhas (tabela 2), é possível constatar diferenças significativas em quatro dos cinco fatores existentes, com tendência para atitudes mais positivas por parte dos participantes do Pico e de São Miguel em todos os fatores, enquanto os participantes de São Jorge tendem ou para respostas mais neutras ou negativas.

Na análise das respostas de acordo com o género, constata-se a inexistência de diferenças entre fatores, apesar de se verificarem em alguns itens do fator *Capacidades e Direitos* com tendência para as participantes com atitudes mais positivas, demonstrando maior conhecimento sobre a DID e contacto com pessoas com DID, e com os elementos do género masculino a assumir respostas mais neutras. Apenas os estudantes e trabalhadores a tempo parcial denotaram diferenças significativas no fator *Capacidades e Direitos* com os últimos a tender para atitudes mais positivas face à pessoa com DID em “manter um emprego”, “lidar com dinheiro”, “manter uma conversa”, “praticar desporto” “ler frases curtas” e “aprender”.

Tabela 9 - Valores da Estatística Descritiva dos itens do ATTID que apresentaram diferenças na variável Ilhas

	P (M±sd)	SJ (M±sd)	SM (M±sd)	P vs. SJ <i>p</i>	SJ vs. SM <i>p</i>	P vs. SM <i>p</i>
<b>Desconforto</b>	59.44±7.53	49.57±9.56	57.20±4.64	<.001	.04	.76
Item 2A.a.	4.69±.54	3.66±1.29	4.60±.52	<.001	.03	1.00
2A.d.	4.31±1.00	3.18±1.23	4.30±.82	<.001	.02	1.00
2A.e.	4.31±1.06	3.05±1.18	4.30±.68	<.001	.01	1.00
2A.f.	4.31±1.00	3.18±1.17	4.30±.68	<.001	.01	1.00
2A.g.	3.91±1.33	2.77±1.22	4.20±1.03	<.001	.01	.81
2A.i.	1.72±.63	2.93±1.25	1.60±.70	<.001	<.001	.95
2B.a.	4.78±.49	3.77±1.22	4.80±.42	<.001	.01	1.00
2B.b.	1.41±.80	1.84±.81	1.10±.32	.06	.03	.55
2B.c.	1.47±.51	2.02±.82	1.50±.53	<.001	.10	.99
2B.e.	1.41±.50	1.98±.76	1.30±.48	<.001	.01	.90
3A.a.	4.53±.80	3.41±1.15	4.20±.63	<.001	.08	.65
3A.d.	4.22±.94	3.30±1.15	3.80±.92	<.001	.40	.55
3A.e.	4.22±1.01	2.98±1.07	4.10±.99	.95	.01	.95
3A.f.	4.22±.94	3.11±1.10	3.70±1.06	<.001	.28	.39
3A.g.	3.84±1.27	2.68±1.16	3.10±1.29	<.001	.62	.25
3B.a.	4.63±.66	3.75±1.12	4.60±.52	<.001	.04	1.00
3B.b.	1.47±.51	1.95±.68	1.70±.68	.01	.51	.60
<b>Capacidades/Direitos</b>	40.41±9.72	56.34±12.70	51.60±9.01	<.001	.49	.03
1C.d.	1.94±.50	2.73±.79	2.50±.71	<.001	.64	.84
1C.e.	2.31±.78	2.86±.88	2.50±.71	.02	.99	.15
1C.f.	1.72±.58	2.55±.82	2.30±.82	<.001	.64	.10
1C.g.	2.38±.91	2.98±.85	3.10±.88	.02	.92	.08
1C.h.	2.09±.78	2.66±.81	2.10±.32	.01	.11	1.00
1C.i.	1.66±.60	2.57±.79	2.00±.47	<.001	.07	.40
1C.j.	2.09±.78	2.95±.78	2.80±.79	<.001	.85	.048
1D.a.	2.50±.98	2.95±.68	3.30±.95	.07	.50	.04
1D.c.	1.75±.67	2.68±.71	2.50±.71	<.001	.76	.02
1D.e.	2.44±1.05	3.32±.96	3.80±.79	<.001	.38	<.001
1D.f.	1.81±.78	3.00±.89	2.30±.82	<.001	.07	.29
1D.g.	1.69±.82	2.91±.91	2.70±1.06	<.001	.80	.01
1D.h.	2.19±1.03	3.23±.91	2.80±1.14	<.001	.47	.23
1D.i.	1.63±.71	2.95±.96	2.40±1.17	<.001	.22	.07
1E.c.	1.56±.62	2.45±1.02	2.00±.82	<.001	.33	.39
1E.d.	1.53±.80	2.59±1.30	1.60±.70	<.001	.04	.99
<b>Interação</b>	32.74±7.02	40.73±13.11	40.60±4.97	.01	1.00	.13
1E.a.	1.59±.56	2.41±.97	2.10±.99	<.001	.58	.26
1E.b.	1.66±.65	2.43±1.02	2.10±.99	<.001	.58	.40
2B.d.	1.63±.71	2.30±1.17	1.80±.92	.02	.37	.89
2B.i.	1.44±.56	2.18±1.00	1.60±.70	<.001	.14	.86
2B.k.	1.75±.67	2.68±1.07	2.30±1.25	<.001	.53	.30
3A.i.	2.13±.87	2.98±1.10	2.50±1.08	<.001	.42	.60
3B.i.	2.69±.97	2.18±.92	2.70±.48	.03	.24	1.00
<b>Sentimentos</b>	20.22±5.44	15.16±5.83	19.80±5.65	<.001	.07	.98
2A.b.	4.22±.91	2.98±1.30	4.20±.79	<.001	.01	.99
2A.c.	3.72±1.11	2.57±1.28	4.00±.94	<.001	<.001	.81
3A.b.	3.66±1.15	2.66±1.14	3.20±1.23	<.001	.41	.55
3A.c.	3.38±1.34	2.20±.93	3.00±1.25	<.001	.14	.66
<b>Causas</b>	16.22±3.72	17.07±3.62	16.60±3.50	.61	.94	.96

P= Pico; SJ = São Jorge; SM = São Miguel

**2A.a.** Sentir medo?; **2A.d.** Sentir-se embaraçado(a)?; **2A.e.** Ficar ansioso(a)?; **2A.f.** Sentir-se inseguro(a)?; **2A.g.** Ficar cauteloso(a)?; **2A.i.** Sentir-se confortável a falar com ele?; **2B.a.** Mudaria de lugar se o António fosse ao seu lado no autocarro?; **2B.b.** Responderia ao António se ele lhe fizesse uma pergunta no autocarro?; **2B.c.** Concordaria em trabalhar com o António?



**2B.e.** Aceitaria ser servido(a) num café pelo António?; **3A.a.** Sentir medo?; **3A.d.** Sentir-se embaraçado(a)?; **3A.e.** Ficar ansioso(a)?; **3A.f.** Sentir-se inseguro(a)?; **3A.g.** Ficar cauteloso(a)?; **3B.a.** Mudaria de lugar se o Rafael fosse ao seu lado no autocarro?; **3B.b.** Responderia ao Rafael se ele lhe fizesse uma pergunta no autocarro?; **1C.d.** Manter uma conversação; **1C.e.** Falar sobre os seus problemas físicos; **1C.f.** Praticar desporto; **1C.g.** Andar desacompanhadas pela cidade; **1C.h.** Ler frases curtas; **1C.i.** Aprender; **1C.j.** Tomar decisões; **1D.a.** Devem dar o seu consentimento para receber cuidados médicos; **1D.c.** Têm tanto direito como as pessoas que não têm DI de tomar decisões sobre a sua vida; **1D.e.** Devem ter o direito de beber álcool; **1D.f.** Devem ter o direito de ter relações sexuais; **1D.g.** Devem ter o direito de votar; **1D.h.** Devem ter o direito de ter filhos; **1D.i.** Devem ter os mesmos direitos que qualquer outra pessoa; **1E.c.** A maioria das pessoas com DI deve ter a oportunidade de trabalhar num local de trabalho comum; **1E.d.** A maioria das pessoas com DI deve participar em atividades de lazer da comunidade, tais como futebol, escuteiros...; **1E.a.** A maioria das crianças com DI deve ter a oportunidade de frequentar uma escola básica regular; **1E.b.** A maioria dos adolescentes com DI deve ter a oportunidade de frequentar uma escola secundária regular; **2B.d.** Aceitaria que o António trabalhasse na creche ou na escola do seu filho?; **2B.i.** Aceitaria o António como amigo do seu filho?; **2B.k.** Se fosse um senhorio(a) arrendaria a sua casa ao António?; **3A.i.** Sentir-se confortável a falar com ele?; **3B.i.** Aceitaria o Rafael como amigo do seu filho(a)?; **2A.b.** Sentir pena?; **2A.c.** Sentir-se triste?; **3A.b.** Sentir pena?; **3A.c.** Sentir-se triste?

Tabela 10 - Valores da Estatística Descritiva dos itens do ATTID que apresentaram diferenças nas variáveis Género e Situação Profissional

	Masculino	Feminino	M. vs. F. $p$	Est.	Tr.TP	Est. vs. TrTP $p$
<b>Causas</b>	16.95±3.28	16.62±3.74	.72	17.00±0	16.60±4.72	1.00
<b>Desconforto</b>	53.10±8.58	54.44±9.84	.56	38.00±0	47.00±10.77	.85
<b>Interação</b>	40.50±7.56	36.98±11.91	.22	43.00±0	29.40±12.90	.71
<b>Sentimentos</b>	16.70±6.08	17.85±6.17	.47	12.00±0	13.80±3.19	1.00
<b>Capacidades e Direitos</b>	54.00±11.45	48.41±13.81	.12	76.00±0	40.80±9.63	.04
1Ca: Manter emprego	2.80±.70	2.50±.85	.15	4.00±0	1.80±.45	.03
1Cb: Transportes públicos s/ajuda	2.90±.64	2.50±.95	.04	4.00±0	1.80±.45	.07
1Cc: Lidar com dinheiro	3.05±.69	2.61±.86	.02	4.00±0	1.80±.45	.04
1Cd: Manter uma conversação	2.80±.62	2.29±.78	.01	4.00±0	2.00±.71	.02
1Ce: Falar sobre os seus problemas físicos	3.10±.64	2.53±.88	<.001	4.00±0	2.00±.71	.09
1Cf: Praticar desporto	2.60±.82	2.09±.80	.02	4.00±0	1.60±.55	.01
1Cg: Andar sozinho pela cidade	3.00±.73	2.70±.96	.14	4.00±0	1.80±.45	.08
1Ch: Ler frases curtas	2.55±.61	2.33±.85	.29	4.00±0	1.80±.45	.02
1Ci: Aprender	2.30±.73	2.12±.83	.39	4.00±0	2.00±.71	.01
1Cj: Tomar decisões	2.75±.79	2.58±.90	.44	4.00±0	2.00±.71	.10
2Bg: Aceitaria ser aconselhado pelo A. na loja de roupa?	2.45±.95	1.91±.84	.02	3.00±0	1.40±0.89	.32
3Bg: Aceitaria ser aconselhado pelo R. numa loja de roupa?	2.75±.91	2.26±.98	.049	2.00±0	1.40±0.89	.97
<b>Familiaridade e Contacto</b>						
D1: Quanto conhece sobre a DI?	2.40±.68	2.83±.82	.03	2.00±0	2.00±0	1.00
D2: Quantas pessoas conhece c/DI?	6.90±7.85	14.52±23.20	.03	2.50±.71	3.00±2.35	1.00
D4: Quantas vezes durante a vida teve contacto com pessoas com DI?	2.00±.56	2.76±.96	<.001	2.00±0	2.00±0	1.00
D5c: Vizinhos?	1.50±.51	1.80±.40	.02	2.00±0	1.80±.45	.99

M.= Masculino; F.= Feminino; Est. = Estudantes; TrTP = Trabalhadores Tempo Parcial

No que diz respeito à variável Faixa Etária (tabela 4), constata-se apenas diferenças no fator *Capacidades e Direitos* entre as faixas 18-29 e os 50-59. Quando os participantes mais novos (entre os 18 e os 29 anos) tendem ou a uma posição neutra face a um direito (e.g.: beber álcool) os participantes entre os 50 e os 59 anos tendem a atitudes mais negativas, mantendo-se esta tendência quando os mais novos concordam com a afirmação (e.g.: direito a ter relações sexuais ou a votar) com os



mais velhos a assumir uma posição neutra ou mesmo negativa (como é o caso do direito a ter filhos).

Tabela 11 - Valores da Estatística Descritiva dos itens do ATTID que apresentaram diferenças na variável Faixa Etária (18-29 anos e 50-59 anos)

ATTID	18-29	50-59	18-29 vs. 50-59 (p)
<b>Capacidades e Direitos</b>	42.10±14.61	57.93±9.25	.01
<b>1De:</b> Beber álcool	2.52±.81	3.80±.94	.01
<b>1Df:</b> Ter relações sexuais	2.00±.95	3.20±.94	.01
<b>1Dg:</b> Votar	1.90±1.00	3.33±1.05	<.001
<b>1Dh:</b> Ter filhos	2.10±1.00	3.53±.83	<.001
<b>1Di:</b> Direitos iguais a qualquer pessoa	1.86±.96	3.07±1.03	.02

No âmbito do Estado Civil apenas se constataam diferenças significativas: “A DID é mais comum em contextos sociais mais desfavorecidos” entre os participantes casados, com uma atitude mais neutra, e os divorciados a concordar com a mesma ( $p=.40$ ); entre participantes solteiros vs. casados ( $p=.03$ ), com os primeiros a concordar com o direito das pessoas com DID a trabalhar em contextos regulares/inclusivos e com a perspetiva de arrendar uma casa a uma pessoa com DID, mesmo com menores níveis de funcionalidade. Os participantes em união de facto tendem a uma posição mais neutra ou mesmo discordante. Não se verificaram diferenças significativas na variável *Rendimento* e quanto à variável “Habilitações Académicas” (tabela 5), apenas existem diferenças nos fatores: *Capacidades e Direitos* e *Interação*, parecendo evidentes as atitudes mais positivas pelos participantes com maior grau de escolaridade (e.g.: Mestrado ou Licenciatura).

Tabela 12 - Valores da Estatística Descritiva dos itens do ATTID que apresentaram diferenças na variável Habilitações Acadêmicas

	1.C. (M±sd)	E.B. (M±sd)	E.S. (M±sd)	L. (M±sd)	M. (M±sd)	1C vs. EB <i>p</i>	1C vs. ES <i>p</i>	1C vs. L <i>p</i>	1.C. vs. M. <i>p</i>	E.B. vs. E.S. <i>p</i>	E.B. vs. L. <i>p</i>	E.B. vs. M. <i>p</i>	E.S. vs. L. <i>p</i>	E.S. vs. M. <i>p</i>	L. vs. M. <i>p</i>
<b>Causas</b>	18.00±2.45	15.21±3.66	17.45±3.12	17.36±3.49	14.85±3.91	.75	1.00	1.00	.66	.42	.53	1.00	1.00	.29	.39
<b>Desconforto</b>	47.50±5.20	52.43±11.31	54.76±7.99	54.86±10.64	55.15±10.38	.94	.73	.74	.75	.97	.97	.97	1.00	1.00	1.00
<b>Sentimentos</b>	15.25±3.20	18.29±6.64	17.39±6.36	17.95±6.81	17.38±4.94	.95	.98	.96	.99	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
<b>Capacidades/Direitos</b>	58.75±6.65	57.36±5.97	53.79±12.18	43.55±13.64	36.77±13.74	1.00	.96	.25	.11	.93	<b>.03</b>	<b>.01</b>	.05	<b>.02</b>	.94
1C.d.	2.75±.50	2.57±.65	2.61±.79	2.18±.80	2.00±.71	1.00	1.00	.74	.55	1.00	<b>.01</b>	.31	.38	.70	.98
1C.e.	3.00±0	3.14±.77	2.85±.76	2.14±.83	2.46±.97	1.00	1.00	.42	.85	.86	<b>.01</b>	.68	<b>.04</b>	.39	.85
1C.g.	3.00±0	3.29±.61	2.94±.86	2.50±1.06	2.15±.80	.99	1.00	.87	.57	.81	.14	<b>.03</b>	.49	.11	.86
1C.j.	2.75±.50	3.21±.58	2.91±.77	2.14±.77	2.00±.91	.88	1.00	.70	.56	.81	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.01</b>	<b>.01</b>	.99
1D.c.	3.00±0	2.86±.36	2.39±.83	2.14±.71	1.62±.87	1.00	.65	.33	<b>.03</b>	.09	.09	<b>&lt;.001</b>	.80	<b>.04</b>	.39
1D.d.	2.75±.50	2.71±.47	2.61±.93	2.05±.84	1.69±.95	1.00	1.00	.67	.31	1.00	.26	<b>.049</b>	.22	<b>.03</b>	.84
1D.e.	3.50±1.00	3.79±.89	3.30±.88	2.50±1.10	2.38±1.04	.99	1.00	.47	.41	.66	<b>.01</b>	<b>.01</b>	.07	.09	1.00
1D.f.	3.00±0	2.86±.86	2.79±1.05	2.09±.81	1.77±.93	1.00	1.00	.72	.38	.99	.22	.06	.12	<b>.03</b>	.91
1D.g.	2.75±.50	2.71±.83	2.88±1.08	2.00±.87	1.62±.96	1.00	1.00	.72	.38	.99	.32	.07	<b>.03</b>	<b>.01</b>	.86
1D.h.	3.00±0	3.57±.94	3.12±.99	2.27±.83	1.92±1.12	.89	1.00	.73	.42	.69	<b>.01</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>.04</b>	<b>.01</b>	.89
1E.c.	2.75±.50	2.93±1.27	2.06±.66	1.77±.92	1.46±.66	1.00	.67	.36	.15	<b>.045</b>	<b>.01</b>	<b>&lt;.001</b>	.82	.34	.89
1E.d.	4.25±2.06	3.14±1.41	1.88±.70	1.73±.88	1.38±.65	.40	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>&lt;.001</b>	.99	.66	.90
<b>Interação</b>	45.00±6.98	48.54±13.84	37.88±8.07	36.00±8.97	27.69±9.22	.98	.74	.56	<b>.047</b>	<b>.03</b>	<b>.01</b>	<b>&lt;.001</b>	.97	<b>.04</b>	.19
1E.a.	2.75±.50	2.79±1.19	2.06±.70	1.82±.85	1.54±.78	1.00	.67	.39	.19	.13	<b>.03</b>	<b>.01</b>	.89	.47	.92
1E.b.	2.75±.50	3.00±1.30	2.03±.64	1.86±.89	1.54±.78	.99	.64	.47	.20	<b>.02</b>	<b>.01</b>	<b>&lt;.001</b>	.97	.55	.88
2B.d.	2.50±.58	3.00±1.52	1.94±.75	1.77±.81	1.23±.60	.92	.85	.71	.21	<b>.01</b>	<b>.01</b>	<b>&lt;.001</b>	.98	.24	.58
2B.i.	2.25±.96	2.50±1.23	1.88±.70	1.68±.78	1.15±.56	.99	.95	.80	.25	.24	.08	<b>&lt;.001</b>	.94	.13	.50
2B.j.	2.75±.50	3.43±1.34	2.48±.83	2.55±.80	2.15±1.21	.83	.99	1.00	.89	.07	.15	<b>.03</b>	1.00	.90	.86
2B.k.	2.50±.58	3.21±1.05	2.30±.88	2.09±.92	1.54±1.13	.78	1.00	.96	.54	.07	<b>.02</b>	<b>&lt;.001</b>	.96	.21	.60
3B.c.	2.75±.50	2.86±.95	2.21±.78	2.18±.73	1.31±.48	1.00	.77	.75	<b>.03</b>	.14	.15	<b>&lt;.001</b>	1.00	<b>.01</b>	<b>.03</b>
3B.f.	2.75±.50	2.92±1.04	2.09±.77	2.18±.73	1.69±1.11	1.00	.71	.83	.33	.08	.20	<b>.01</b>	1.00	.73	.62
3B.i.	2.75±.50	2.57±1.16	1.94±.61	1.91±.68	1.08±.28	1.00	.33	.32	<b>&lt;.001</b>	.11	.13	<b>&lt;.001</b>	1.00	<b>.01</b>	<b>.03</b>
3B.k.	2.75±.50	3.29±.73	2.61±.93	2.32±.57	1.54±.66	.82	1.00	.90	.12	.11	<b>.01</b>	<b>&lt;.001</b>	.76	<b>.01</b>	.07

1.C. = 1.º Ciclo; E.B. = Ensino Básico; E.S. = Ensino Secundário; L. = Licenciatura/Bacharelato; M. = Mestrado.

## 6. Discussão dos Resultados

O presente artigo procura analisar a atitude dos habitantes de três das ilhas açorianas (Pico, São Jorge e São Miguel) face à população com DID, com base nas diferentes variáveis (ilhas, género, faixa etária, situação profissional, habilitações literárias, estado civil e rendimento), pretendendo assim perceber a influência que o envolvimento sociocultural tem sobre as atitudes. Torna-se pertinente esta análise, na medida em que, a forma como um grupo cultural percebe e interage com a população com DID (Li et al., 2012), tem impacto nas respostas dadas a estas pessoas e às suas famílias (Coles e Scior, 2012). Com isto, pretende-se identificar também quais as barreiras/facilitadores existentes para que se possa auxiliar a criação de programas de sensibilização para a promoção da mudança de atitudes face a esta população. Destaca-se que a discussão dos resultados terá por base os cinco fatores, e os itens que os compõem quando existem diferenças significativas.

Sobre a análise das atitudes entre ilhas, as diferenças significativas ocorreram em quatro dos cinco fatores (*Desconforto*, *Capacidades e Direitos*, *Interação e Sentimentos*), sendo possível verificar uma tendência geral para a divergência de opiniões entre as ilhas do Pico e São Jorge, e uma semelhança de atitudes entre Pico e São Miguel. Assim, parece que os participantes das ilhas do Pico e São Miguel são os que apresentam as atitudes mais positivas, comparativamente aos participantes de São Jorge, que se apresentam frequentemente com atitudes neutras e/ou negativas face à população com DID.

Numa análise mais pormenorizada do fator *Desconforto*, os participantes de São Jorge tendem a uma postura mais neutra e/ou mesmo mais negativa face às pessoas com DID respondendo que se sentiriam com “medo”, “embaraçados”, “ansiosos”, “inseguros” e “cautelosos” se o António (caso com maior nível de funcionalidade) falasse com eles, indicadores de alguns sentimentos de “menor aceitação”. Neste âmbito as respostas, contudo, foram tendencialmente positivas por parte de todos os participantes, mesmo no caso com menor nível de funcionalidade mantendo-se a tendência para os participantes de São Jorge para uma posição mais neutra.

No que concerne ao fator das *Capacidades e Direitos* a tendência mantém-se para atitudes mais positivas face às pessoas com DID por parte dos participantes do Pico e São Miguel, com os respondentes de São Jorge a apresentarem atitudes mais neutras. Apenas no item do “beber álcool” é que os participantes do Pico concordam com o direito, os de São Jorge “nem concordam, nem discordam” e os de São Miguel discordam

maioritariamente. O “direito ao voto” mantém a mesma tendência por parte dos habitantes da ilha do Pico, que continuam a concordar com este direito, assumindo os restantes uma posição mais neutra. Neste fator, em que a tendência de resposta surge semelhante ao fator *Desconforto*, poderá inferir-se que o nível de desenvolvimento da ilha, que tem impacto na forma como os habitantes da própria pensam e agem, poderá ser preponderante na determinação das atitudes apresentadas. Levanta-se ainda a questão relativa ao álcool, onde São Miguel surge maioritariamente com respostas negativas, o que poderá ser explicado pelo facto de os inquiridos desta ilha representarem faixas etárias mais elevadas, indo ao encontro de vários estudos que referem que as pessoas mais novas tendem a apresentar atitudes mais positivas (e.g. Amorim et al., 2017; Chan et al., 2009; Goreczny et al., 2011; Morin et al., 2013b; Morin et al., 2015; Murch et al., 2017; Scior, 2011).

No âmbito do fator *Interação* apenas se verificaram diferenças significativas entre os participantes do Pico e de São Jorge, no grau de concordância (i.e.: concordo totalmente vs. concordo, respetivamente) sobre se as pessoas com DID devem frequentar os ambientes regulares. Esta situação repete-se no caso do António, sendo que, no caso do Rafael, os participantes de São Jorge tendem para uma posição neutra. Sendo o Rafael o caso com maior necessidade de apoio, é possível verificar que os participantes do Pico mantêm as suas atitudes independentemente da necessidade de apoio, o mesmo não se verifica com São Jorge, que tende a diminuir as atitudes positivas com o aumento do nível de apoio. Apesar de ser uma sociedade desenvolvida, e de verificar que concordam que as pessoas com DID devem fazer parte da mesma, ainda se constata algumas opiniões menos positivas relativas no que diz respeito à interação social, indo ao encontro do estudo de Scior (2011).

O fator *Sentimentos* apenas apresenta diferenças significativas entre as ilhas do Pico e São Jorge, mantendo-se a mesma tendência dos fatores anteriores. Relativamente ao fator *Causas*, é possível constatar que não existiram diferenças significativas entre as ilhas, revelando assim, que o conhecimento das mesmas é semelhante entre Pico, São Jorge e São Miguel. Apesar de se verificar que as atitudes face à DID se tornaram conscientemente tolerantes e até mesmo recetivas, tal como é referido por Murch e colaboradores (2017), ainda se verifica uma descrição negativa da deficiência, mesmo que inconscientemente, o que pode possivelmente justificar os resultados do presente fator.

Na análise das variáveis, e no que toca ao Género, embora não existam diferenças significativas nos fatores, estas surgem em alguns itens, indiciando que é o género feminino quem tende a apresentar as atitudes mais positivas (e.g.: Estevão et al., 2017; Morin et al., 2015), evidenciando mais conhecimento sobre a DID (e.g.: Golding e Rose, 2015; Li et al., 2012; Scior, 2011) e maior contacto com esta população (Barbosa et al., 2017; Ferrara, Burns e Mills, 2015).

No âmbito da “Situação Profissional”, apenas se verificou a existência de diferenças significativas entre os estudantes e os trabalhadores a tempo parcial, no fator *Capacidades e Direitos*, sendo possível constatar que as atitudes positivas face à população com DID surgiram sempre por parte dos trabalhadores a tempo parcial, apresentando os estudantes maioritariamente respostas negativas. As diferenças significativas, por idade, surgiram apenas no fator *Capacidades e Direitos*, entre as faixas 18-29 e 50-59, com as atitudes mais positivas da faixa mais nova, sendo que a faixa dos 50-59 revelou atitudes maioritariamente neutras. Os nossos resultados vão também ao encontro de estudos anteriores (e.g.: Amorim et al., 2017; Morin et al., 2013b). No que diz respeito à variável “Rendimento”, não foram encontradas diferenças significativas em nenhum dos fatores do ATTID, contrariando estudos anteriores (e.g. Murch et al., 2017; Pereira e Santos, 2017), em que, à medida que o estatuto socioeconómico aumenta, as atitudes positivas parecem aumentar também.

Finalmente, e na análise das atitudes de acordo com as “Habilitações Académicas”, de uma forma geral, é possível constatar que os inquiridos com Mestrado são os que apresentam as respostas mais positivas, seguindo-se os que têm Licenciatura, Ensino Secundário, Ensino Básico e, por fim, 1.º Ciclo, inferindo-se assim que, quanto mais elevado o grau académico que o indivíduo apresenta, mais positivas são as atitudes face à DID. É possível verificar também que a maioria das diferenças ocorre entre o Ensino Básico e o Mestrado. Os resultados vão ao encontro de estudos anteriores, onde se destaca que, quando há um nível menor de escolaridade, há também um menor conhecimento das capacidades e direitos da população com DID, levando assim a atitudes menos positivas (Murch et al., 2017).

## **Conclusões**

Tal como referido anteriormente, o diagnóstico de uma perturbação, por si só, tem inevitavelmente um impacto na forma como a sociedade interpreta o indivíduo que é diagnosticado e também na forma como o próprio indivíduo se vê e constrói a sua identidade (Wehmeyer, 2013), com a construção de ideais pré-concebidas e nem sempre

positivas. Ao longo do tempo, as pessoas com DID têm sido vistas, na maioria das sociedades, como um grupo desfavorecido, alvo de discriminação e atitudes negativas (Akrami et al., 2006; Santos e Gomes, 2016), com impacto na forma como são criadas as abordagens políticas e o sucesso da sua implementação (Benomir et al., 2016; Scior, 2011), influenciando as respostas dadas a estes indivíduos e às suas famílias (Coles e Scior, 2012), e a interação entre todos os membros da sociedade (com e sem DID) (Li et al., 2012).

Destaca-se que as atitudes face a esta população assumem um papel com impacto na autonomia e participação social das pessoas com DID, com repercussões na sua QdV. Desta forma, decorrente da experiência profissional enquanto psicomotricista, em contexto Açoriano, sentiu-se a necessidade de um melhor conhecimento nesta área, i.e.: perceber as atitudes das pessoas da ilha dos Açores face às pessoas com DID, tendo-se revelado um estudo inovador nos Açores, um contexto onde as opiniões/atitudes são pouco conhecidas, de forma a auxiliar a criação de soluções e estratégias para que se possa diminuir a existência de comportamentos negativos. De facto, a aposta na formação e (maior) informação sobre as capacidades das pessoas com DID, o maior contacto – que se pretende qualidade, entre pessoas com e sem DID em plena participação comunitária, são algumas das recomendações que ficam depois da análise dos resultados.

Através do presente estudo, e embora não retrate as atitudes de todo o arquipélago, pois não incluiu participantes de todas as ilhas, revela dados que permitem ter uma perceção de como são as atitudes da população açoriana face à DID: de forma geral, as atitudes são positivas, tendendo para atitudes idênticas entre os participantes das ilhas do Pico e de São Miguel, realçando-se, no entanto, as diferenças dos inquiridos da ilha de São Jorge, que se apresentam geralmente com uma posição neutra.

Após um ano de estágio numa comunidade açoriana, é possível verificar que a inclusão dos indivíduos com DID na sociedade tem evoluído, destacando-se assim o trabalho e papel fundamental e impulsionador que as instituições que prestam apoio a esta população têm tido. Além do apoio dado às famílias e prestadores de cuidados, ainda há um longo caminho a percorrer, pois a superproteção e “descredibilização” das capacidades da pessoa com DID parece continuar frequente. Se estão a ser dadas ferramentas e apoios para que os indivíduos com DID possam viver em sociedade e com QdV, até que ponto continuarmos a “defender” uma vida exclusivamente institucionalizada continua a ser a melhor opção?

Apesar de as atitudes negativas e de segregação perante esta população ainda serem um facto presente, torna-se importante que exista uma verdadeira inclusão destas pessoas em sociedade. A simples “exposição” à DID não é suficiente para que se alcancem resultados positivos (Keith et al., 2015), daí a pertinência de serem adotadas estratégias (e.g.: ações de esclarecimento/informação, campanhas de sensibilização) para combater as ainda existentes atitudes negativas.

Tal como em diversos estudos, o presente também apresenta algumas limitações. Inicialmente era objetivo alargar o estudo a todo o arquipélago, no entanto, o curto tempo e disponibilidade de horário durante o ano letivo não o permitiram, pelo que se sugere mais estudos com amostras mais significativas e representativas de todas as ilhas, para se pensar numa estratégia global. A necessidade de formação na área da DID (e.g.: integrando currículos académicos) é outra recomendação que fica do estudo, bem como o reforço da imagem das pessoas com DID (e.g.: campanhas de sensibilização, marketing, entre outros). A monitorização das eventuais estratégias a concretizar também pode oferecer novas pistas para uma estratégia nacional.

## **7. Referências**

- Akrami, N., Ekehammar, B., Claesson, M. e Sonnander, K. (2006). Classical and modern prejudice: Attitudes toward people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 27, 605-617. doi: 10.1016/j.ridd.2005.07.003.
- Amorim, S., Barrote, F., Costa, B. e Santos, S. (2017). Atitudes Face à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento em Função da Idade. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*.24, 64-78
- Barbosa, R., Frade, M., Magalhães, I. e Santos, S. (2017). Atitudes dos professores face às pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento. *Atas/Anais Resumos e Textos completos (363-377) do V Congresso Internacional Educação, Inclusão e Inovação*. Lisboa
- Benomir, A., Nicolson, R. e Beail, N. (2016). Attitudes towards people with intellectual disability in the UK and Libya: A cross-cultural comparison. *Research in Developmental Disabilities*, 51-52, 1-9. doi: 10.1016/j.ridd.2015.12.009.
- Bossaert, G., Colpin, H., Pijl, S. e Petry, K. (2011). The attitudes of Belgian adolescents towards peers with disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 32 (2011), 504-509, doi: [10.1016/j.ridd.2010.12.033](https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.033).
- Branco, A. e Santos, S. (2017). Atitudes Face à População com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimento: estudo comparativo em Portugal. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 24, 27-43.
- Buntinx, W. e Schalock, R. (2010). Models of disability, quality of life, and individualizer supports: Implications for professional practice in intellectual disability. *Journal of Policy and Intellectual Disabilities*, 7 (4), 283-294, doi: 10.1111/j.1741-1130.2010.00278.x
- Chan, F., Livneh, H., Pruet, S., Wang, C. e Zheng, L. (2009). Societal attitudes toward disability: Concepts, measurements, and interventions. In E. Cardoso e J. Chronister



(Eds). *Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation* (333-367). New York, NY, US: Springer Publishing Co, xvii, 584 pp

Coles, S. e Scior, K. (2012). Public Attitudes towards People with Intellectual Disabilities: A Qualitative Comparison of With British & South Asian People. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 25, 177-188. doi: 10.1111/j.1468-3148.2011.00655.x.

Decreto-Lei n.º 3/2008. Ministério da Educação. *Diário da República*, 1.ª série – N.º 4 – 7 de janeiro de 2008, 154-164.

Estevão, V., Marques, S., Pacheco, M. e Santos, S. (2017). O Género e as Atitudes face à Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*.24, 45-62

Ferrara, K., Burns, J. e Mills, H. (2015). Public Attitudes Toward People with Intellectual Disabilities After Viewing Olympic or Paralympic Performance. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 32, 19-33. doi: 10.1123/apaq.2014-0136.

Golding, N. e Rose, J. (2015). Exploring the attitudes and knowledge of support workers toward individuals with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19 (2), 116-129. doi: 10.1177/1744629514563777.

Goreczny, A., Bender, E., Caruso, G. e Feinstein, C. (2011). Attitudes toward individuals with disabilities: Results of a recent survey and implications of those results. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 1596-1609, doi: 10.1016/j.ridd.2011.02.005

Griffin, M., Summer, A., McMillan, E., Day, T. e Hodapp, R. (2012). Attitudes Toward Including Students With Intellectual Disabilities at College. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 9(4), 234-239, doi: 10.1111/jppi.12008.

Hampton, N. e Xiao, F. (2009). Traditional Chinese Values and Attitudes of Chinese University Students toward People with Intellectual Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 56 (3), 247-261.

Keith, J., Bennetto, L. e Rogge, R. (2015). The relationship between contact and attitudes: Reducing prejudice toward individuals with intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 47, 14-26. doi: 10.1016/j.ridd.2015.07.032.

Laat, S., Freriksen E. e Vervloed, M. (2013). Attitudes of children and adolescents towards persons who are deaf, blind, paralyzed or intellectually disabled. *Research in developmental disabilities*, 34 (2), 855 – 863. doi: 10.1016/j.ridd.2012.11.004

Li, C., Tsoi, E. e Wang, J. (2012). Chinese college students' attitudes toward people with intellectual disabilities: Differences by study major, gender, contact, and knowledge. *International Journal of Developmental Disability*, 58, 137-144. doi: 10.1179/2047386912Z.00000000014.

Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber, Lda. Pêro Pinheiro.

McCaughey, T. e Strohmer, D. (2005) Prototypes as an indirect measure of attitudes toward disability groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(2), 89-99.

Morin, D., Crocker, A., Beaulieu-Bergeron, R. e Caron, J. (2013a). Validation of the attitudes toward intellectual disability – ATTID questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57 (3), 268-278. doi: 10.1111/j.1365-2788.2012.01559.x.



- Morin, D., Rivard, M., Boursier, C., Crocker, A. e Caron, J. (2015). Norms of the Attitudes Toward Intellectual Disability Questionnaire. *Journal of Intellectual Disability Research*, 59 (5), 462-467. doi: 10.1111/jir.12146.
- Morin, D., Rivard, M., Crocker, A., Boursier, C. e Caron, J. (2013b). Public attitudes towards intellectual disability: a multidimensional perspective. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(3), 279-292, doi: 10.1111/jir.12008
- Murch, A., Choudhury, T., Wilson, M., Scior, K., Collerton, E. e Patel, M. (2017). Explicit and implicit attitudes towards people with intellectual disabilities: The role of contact and participant demographics. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 1-7. doi: 10.1111/jar.12429.
- Ouellette-Kuntz, H., Burge, P., Brown, H. e Arsenault, E. (2010). Public Attitudes Towards Individuals with Intellectual Disabilities as Measured by the Concept of Social Distance. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 23(2), 132-142. DOI: 10.1111/j.1468-3148.2009.00514.x
- Patel, M. e Rose, J. (2014). Students' attitudes towards individuals with an intellectual disability. *Journal of Intellectual Disabilities*, 18 (1), 90-103. doi: 10.1177/1744629513511355.
- Pereira, D. e Santos, S. (2017). As atitudes face à população com DID no Bairro das Mahotas, Maputo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 24, 80-101
- Santos, S. (2010). A Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental na Actualidade. Educação Inclusiva – *Revista da Pró-Inclusão: Associação Nacional de Docentes de Educação Especial*. 1 (2) – dossier temática
- Santos, S. (2014) Adaptive Behaviour on the Portuguese Curricula: A Comparison between Children and Adolescents with and without Intellectual Disability. *Creative Education*, 5, 501-509. doi:10.4236/ce.2014.57059.
- Santos, S. e Gomes, F. (2016). A Educação das crianças com Dificuldade Intelectuais e Desenvolvimentais vs. a Convenção dos Direitos da Criança. *Journal of Research in Special Educational Needs*. 16 (s1): 51-54 doi: 10.1111/1471-3802.12268.
- Schalock, R., Luckasson, R., Bradley, V., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Shogren, K., ... Wehmeyer, M. (2012). *User's Guide To Accompany the 11<sup>th</sup> Edition of Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports*. American Association on Mental Health.
- Scior, K. (2011). Public awareness, attitudes and beliefs regarding intellectual disability: A systematic review. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 2164-2182. doi: 10.1016/j.ridd.2011.07.005.
- Scior, K., Kan, K., McLoughlin, A. e Sheridan, J. (2010). Public Attitudes Toward People With Intellectual Disabilities: A Cross-Cultural Study. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 48 (4), 278-289. doi: 10.1352/1934-9556-48.4.278.
- Simões, A., Coiteiro, D., Silva, F., Cardoso, J. e Santos, S. (2017). Atitudes de Estudantes de Reabilitação Psicomotora Face às Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*. 24, 118-137
- Soares, A. (2016). Relatório de Estágio Intervenção Psicomotora na Associação para Apoio à Criança com Necessidades Educativas Especiais de Velas - Centro de Atividades Ocupacionais - Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa (documento não publicado)

Tervo, R. e Palmer, C. (2004). Health Professional student attitudes towards people with disability. *Clinical Rehabilitation*, 18, 908-915.

Wehmeyer, M. (2013). Disability, Disorder, and Identity. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51(4), 122-126. doi: 10.1352/1934-9556-51.2.122.